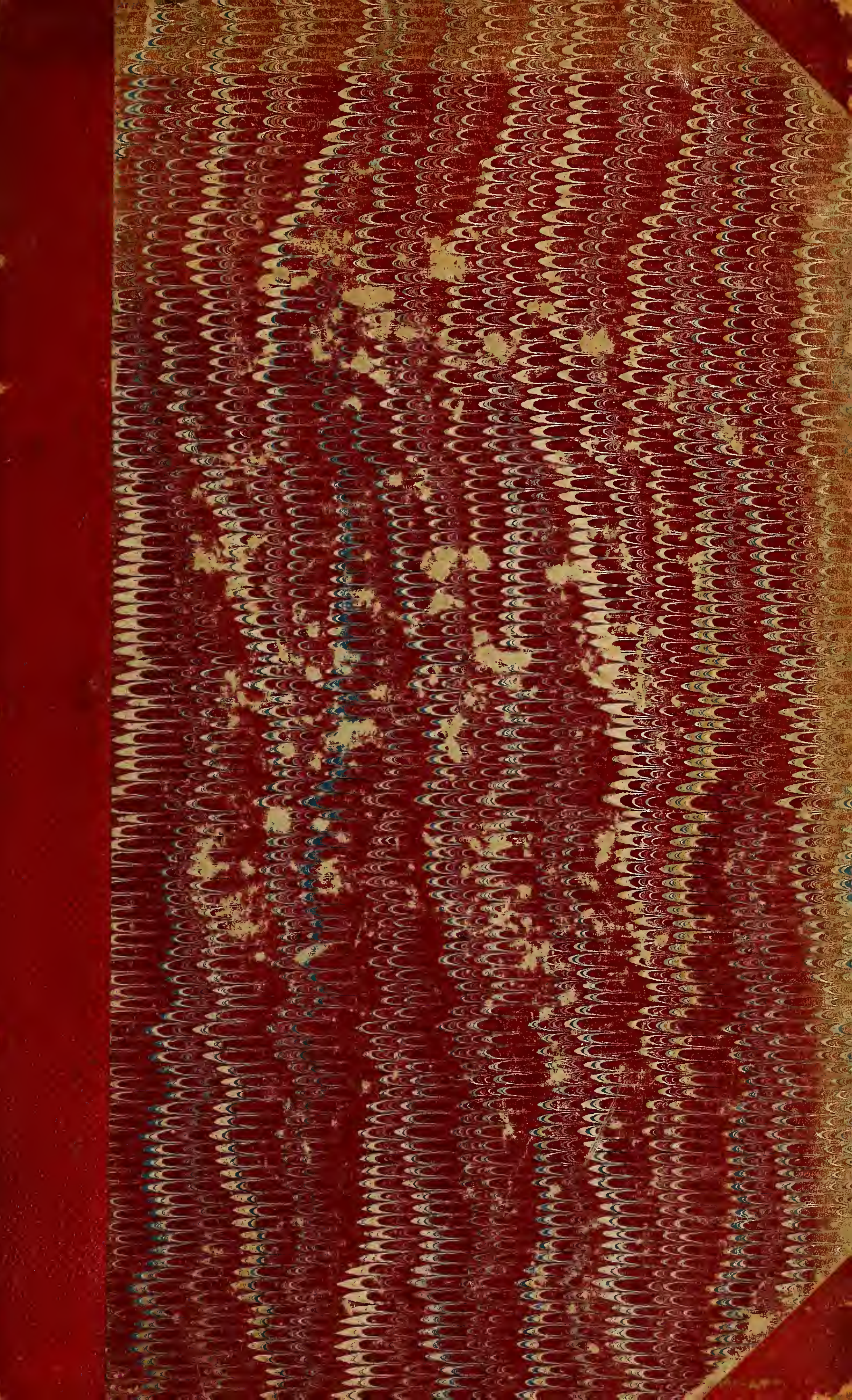


À ma collègue et ami [illegible]
souvenir des Hôpitaux —
Just Lucas-Championnière

LYMPHATIQUES UTÉRINS

ET

LYMPHANGITE UTÉRINE

LYMPHATIQUES UTÉRINS

ET

LYMPHANGITE UTÉRINE

DU ROLE QUE JOUE LA LYMPHANGITE DANS LES COMPLICATIONS PUERPÉRALES ET LES MALADIES UTÉRINES

PAR

LE Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris;
Lauréat des hôpitaux
(1867, 2e division, 2e mention. — 1869, 1re division, médaille d'argent);
Médailles de bronze de l'Assistance publique
(Externat 1865. — Internat 1869);
Membre de la Société anatomique.

Anatomicus non nisi oculis suis credere debet. (AZELLI, cap. XII).

PARIS

P. ASSELIN, SUCCESSEUR DE BÉCHET J^ne ET L BÉ
LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1870


MEDICAL
ASSOCIATION

A LA MÉMOIRE

DE

MON PÈRE

LE D[r] J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Fondateur du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES SŒURS

A MES FRÈRES

PAUL LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Interne provisoire.

HENRI LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

PIERRE LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

A MON ONCLE

MARCELLIN LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Ingénieur civil.

A MON ONCLE

LE Dr MÉRIADEC LAENNEC

Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

A M. LE Dr H. CHAILLOU

Rédacteur en chef du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

C'est à vous surtout que je veux dédier ce travail, en souvenir de l'amitié et du dévouement que vous avez toujours montrés aux miens et à moi.

A MES AMIS

E. BASSEREAU

nterne des Hôpitaux.

ET

PAUL LECOMTE

A M. LE PROFESSEUR DENONVILLIERS

Président de ma thèse.

Permettez-moi de mettre ici votre nom en souvenir de l'amitié qui me liait à votre fils regretté

PAUL DENONVILLIERS.

A M. LE Dr L. BASSEREAU

Recevez mes remercîments pour vos savants conseils et votre appui bienveillant.

A MON MAITRE ET AMI

LE Dr P. GILLETTE

Prosecteur de la Faculté de médecine.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR JOBERT

Hôtel-Dieu (externat 1863).

A LA MÉMOIRE DE M. BEAU

Médecin de la Charité (externat 1864).

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR VELPEAU

Charité (1861-1862. — Externat 1865).

A LA MÉMOIRE DE M. FOUCHER

Chirurgien de Saint-Antoine (internat 1866).

A M. F. GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker
Maternité de Cochiu (internat 1867).

A M. DE SAINT-GERMAIN

Chirurgien de la Maternité de Cochin (internat 1867).

A M. LE PROFESSEUR P. BROCA

Pitié (internat 1868).

A M. U. TRÉLAT

Chirurgien de la Pitié (internat 1869).

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LE FORT, DESORMEAUX, L. LABBÉ, TILLAUX,
E. CRUVEILHIER, B. ANGER, PÉAN, S. DUPLAY.

Je prie MM. Damaschino et Rigal de recevoir ici mes remercîments pour leurs bonnes leçons.

LYMPHATIQUES UTÉRINS

ET

LYMPHANGITE UTÉRINE



DU ROLE QUE JOUE LA LYMPHANGITE DANS LES COMPLICATIONS PUERPÉRALES ET LES MALADIES UTÉRINES

Dans ce mémoire, j'ai présenté les résultats de recherches que je poursuis depuis longtemps sur les maladies puerpérales, sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Pensant, avec beaucoup de nos maîtres, que l'anatomie pathologique et la clinique ne doivent pas être séparées, que cette double étude doit mener à la connaissance des vérités les plus difficiles, au lieu de considérer la notion anatomique comme secondaire dans l'étude des maladies puerpérales, je lui ai donné une grande importance. Cherchant à limiter mon sujet, je me suis attaché à la description de la lymphangite utérine, dont les complications m'ont entraîné pourtant à de nombreuses digressions.

Ce n'est pas là une étude nouvelle en elle-même, puisque des Mémoires très-remarquables sur la lymphangite utérine existent, et j'ai dû les rappeler dans une courte notice

historique. Mais, outre la part qui peut être attribuée aux auteurs dans mes descriptions, il y a quelques faits absolument nouveaux, surtout à propos des ganglions, de la disposition des lymphatiques, surtout à propos des complications des lymphangites. Je serais heureux s'ils pouvaient contribuer à éclairer un peu cette question si difficile des maladies puerpérales, et à diriger leur traitement. L'accueil favorable fait à ces recherches dans le dernier concours des prix de l'internat, me permet de les publier aujourd'hui avec plus de confiance.

J'ai fait cette double étude clinique et anatomique sur un nombre considérable d'observations. J'avais déjà vu un grand nombre de malades et d'autopsies sur lesquelles j'avais des notes incomplètes, lorsqu'en 1867, pendant mon internat à la Maternité de Cochin, j'ai pris moi-même deux fois par jour des observations sur 540 femmes qui ont passé par l'établissement; observations minutieuses tenant compte, toujours du pouls, souvent de la température, mais surtout prises à la fois sur les femmes malades et bien portantes, donnant l'état normal, l'état pathologique et les *moindres accidents*. Bien que j'aie revu depuis d'autres malades, c'est là surtout que j'ai puisé les éléments de mon étude clinique.

Cette même année, j'ai fait 31 autopsies; j'en ai fait un certain nombre depuis, et en 1869 j'ai étudié 28 utérus; pour plus de la moitié, j'avais fait l'autopsie complète moi-même. Ces dernières pièces appartenaient à des hôpitaux différents.

Ce sont surtout les notes très-complètes de ces 59 autopsies qui ont servi de base à mon étude anatomique.

Je n'ai pas cru devoir pourtant rapporter beaucoup d'observations; j'ai réuni seulement celles qui me paraissaient indispensables aux descriptions, me contentant de signaler ou d'abréger les autres.

Je n'ai pas cru devoir non plus faire un historique consi-

dérable, où il eût été facile d'accumuler des documents. J'ai rappelé seulement les auteurs qui ont très-bien étudié les lymphatiques purulents. J'ai consacré une partie du même chapitre à l'examen de la phlébite utérine. Mes recherches m'amenaient à rejeter les conclusions de M. Béhier sur la nature des vaisseaux purulents de l'utérus. Devant son autorité scientifique, j'aurais hésité à faire cette critique, si M. Béhier ne nous avait lui-même donné généreusement le meilleur conseil à suivre :

« Il me paraît indispensable d'admettre que la plus entière liberté doit être laissée à la discussion, et, pour ma part, je livre sans réserve ce que je puis dire ou faire en médecine à la critique la plus absolue. La science est impossible sans cette latitude et sans cette complète indépendance. »

Du reste, je dois dire immédiatement qu'excepté ce point d'anatomie pathologique, j'ai toujours trouvé mes observations conformes aux vues de M. Béhier.

Dans tout le cours de ce Mémoire, surtout à propos des questions générales, j'ai beaucoup emprunté aux idées, à la pratique de M. F. Guyon, dont j'ai constamment suivi l'enseignement depuis bien des années. J'ai rapporté son nom seulement pour les faits importants; ailleurs, je n'aurais pu toujours le faire sans risquer de lui imposer des opinions qui me sont personnelles, comme celles que j'ai émises sur la lymphangite, par exemple. Je suis heureux de le remercier ici, et de dire combien je dois à ses excellentes leçons et à sa bienveillante amitié.

Mon excellent maître, M. de Saint-Germain, a bien voulu me faciliter ce travail, et mettre à ma disposition des documents et des malades; qu'il reçoive ici l'expression de mes sentiments reconnaissants.

Je n'aurais pu compléter mes recherches sans les pièces que j'ai étudiées en 1869, et celles-ci je les dois toutes à l'amitié de mes collègues d'internat. J'en dois remercier en

particulier MM. H. Liouville, Richelot, Bassereau, Suchard, Lediberder, Fontaine, Dejeanne, Quinquaud.

Les planches que j'ai fait dessiner sont dues à mes amis Malassez et P. Hybord.

Je prie MM. E. Labbé, A. Fournier, Bernutz, qui ont bien voulu me donner quelques conseils, d'agréer l'expression de mes remercîments sincères.

CHAPITRE Ier

INTRODUCTION

Chez les femmes en couche, les manifestations douloureuses du côté des annexes et sur les parties latérales de l'utérus, avec ou sans phénomènes fébriles, sont très-fréquentes.

Chez un grand nombre de femmes, ces douleurs durent peu, quelques jours seulement, avec un mouvement fébrile quelquefois très-marqué; puis elles cèdent sans avoir eu de conséquences graves.

Chez d'autres, le mouvement fébrile se développe, la douleur persiste, puis surviennent les pelvi-péritonites, si bien décrites par M. Bernutz. Dans les mêmes circonstances, mais plus rarement, on voit le phlegmon du ligament large.

Chez d'autres accouchées, ces douleurs locales s'aggravent rapidement, puis une péritonite généralisée se développe.

Enfin, chez un nombre de femmes malheureusement trop considérable, que les circonstances atmosphériques soient spéciales, que l'encombrement joue un rôle, que l'épidémicité ou la contagion aient créé la situation, on voit succéder aux douleurs du début, bien localisées dans les mêmes points, une péritonite plus ou moins étendue, le plus souvent très-généralisée ; et la mort survient dans un espace de temps variable.

Chez un grand nombre de ces femmes mortes, on trouve, au niveau des annexes et des angles utérins, dans les points douloureux, des lésions du péritoine et des lymphatiques qui ont attiré mon attention.

Tous ces faits sont bien connus. On sait le rôle considérable qu'Aran faisait jouer aux annexes; M. Guyon a

fréquemment attiré notre attention sur ces manifestations douloureuses. M. Bernutz a bien décrit les douleurs locales précédant la pelvi-péritonite ; on sait enfin combien M. Béhier insiste à juste titre sur ces douleurs précédant la fièvre puerpérale.

Mais si ces phénomènes étaient bien vus, ils étaient plus ou moins expliqués, on ne les avait pas suffisamment rapprochés. Il m'a semblé que ces phénomènes réguliers, constants, suivaient une marche tellement analogue, que, bien qu'il y eût des conséquences diverses, il fallait les rapprocher, les réunir en un groupe et leur rechercher une origine commune.

Or en pathologie, pour les phénomènes communs, constants dans leur marche, on trouve souvent une raison anatomique. J'ai cru trouver ici la raison anatomique dans une disposition des lymphatiques utérins qui, s'enflammant, ou charriant des matières septiques, donnent lieu à l'évolution des symptômes que j'ai décrits, et provoquent par voisinage la péritonite, dont, en somme, l'utérus est l'origine. Plus tard, j'ai vu que Botrel, étudiant avec soin le même point d'anatomie, avait déjà émis cette opinion, et j'ai été fort heureux d'appuyer sur son autorité les développements que j'ai donnés à cette idée.

Bien que je sois convaincu que l'examen ultérieur des faits viendra confirmer ces idées, il est évident qu'on trouvera singulier, au premier abord, que j'aie fait jouer à la lymphangite un rôle si considérable. La description anatomique me semble donner pleinement la raison de la fréquence et du rôle capital de cette maladie. Si on réfléchit, en outre, à l'importance nécessaire du système lymphatique, lors de cette circulation active et de ces phénomènes rapides de résorption que subit l'utérus, on pensera que la lymphangite était possible. Si on songe encore que le fait de l'accouchement réunit sur l'utérus, riche en vaisseaux, toutes les causes les

plus redoutables de lymphangite, plaies contuses, présence de matières irritantes et septiques, encombrement et infection facile du lieu d'accouchement, il me semble qu'on ne sera plus surpris que d'une chose, c'est que le fait ne se présente pas plus fréquemment.

Dans une seconde partie, quittant ces phénomènes de complications puerpérales, j'ai cherché, dans l'étude des maladies utérines, des phénomènes du même ordre. En d'autres termes, j'ai pensé qu'on trouvait des cas beaucoup plus rares dans lesquels une lésion utérine pouvait retentir de même sur les lymphatiques et sur le péritoine.

Aux objections nombreuses qui seront élevées, j'espère que les faits répondront; mais à ceux qui, *a priori*, me reprocheraient l'importance donnée à l'inflammation d'un système lymphatique, je rappellerai combien est peu connue, en général, l'histoire de la lymphangite profonde et ce que pensait à cet égard notre vénéré maître Velpeau.

« On le voit donc, par ce peu de mots, la question des angioleucites, de l'angioleucite chronique en particulier, des angioleucites internes et des angioleucites profondes, est encore presque tout entière à élucider, et comme on finira par trouver là une des bases les plus vastes de la pathologie positive, un des moyens de ramener à l'étude matérielle une foule de maladies ou de symptômes que, faute de mieux, on abandonne aux théories vagues et nébuleuses des sciences conjecturales, l'esprit finira, en s'en emparant, par y trouver un champ aussi riche qu'intéressant à moissonner. » (*Dictionn. des sciences*, p. 202.)

CHAPITRE II

LYMPHATIQUES DE L'UTÉRUS

Tous les auteurs ont été frappés de la richesse de l'utérus en vaisseaux lymphatiques, et du prodigieux développement que prend ce système pendant la grossesse. Cruiksanck, cité par M. Sappey, en avait dit ceci : « Ils sont alors aussi volumineux qu'une plume d'oie et si nombreux que, lorsqu'on les a injectés au mercure, on serait presque tenté de croire que la matrice n'est qu'un tissu de vaisseaux lymphatiques. » Dans la belle iconographie des vaisseaux lymphatiques de Mascagni, la planche 14, consacrée aux lymphatiques utérins d'une femme enceinte, est fort remarquable par le volume et l'abondance des vaisseaux injectés; on peut observer là certaines de leurs dispositions sur lesquelles j'insisterai.

Les ganglions auxquels se rendent ces lymphatiques sont nombreux : ce sont les ganglions pelviens, ganglions hypogastriques et sacrés, les ganglions lombaires; Cruveilhier y ajoute le ganglion obturateur, et Mascagni croyait aussi qu'ils se rendaient jusqu'aux ganglions de l'aine, sous le ligament de Poupart. Quelques faits pathologiques paraissent lui donner raison. M. Sappey a bien décrit le groupement des troncs autour des vaisseaux utéro-ovariens, et a montré qu'ils recueillent les lymphatiques de la trompe de Fallope et ceux de l'ovaire.

Tous ces vaisseaux sont nés à la fois du tissu musculaire et de la surface muqueuse. Bien qu'ici la démonstration directe soit imparfaite, on est en droit de conclure, du développement de ces vaisseaux parallèle à celui du placenta, à leur présence et à leur abondance dans la muqueuse.

Il serait inutile de donner une description complète de ces lymphatiques, j'insisterai donc seulement sur certains points que j'ai étudiés dans mes dissections et qui sont peu connus, et sur la description de ganglions non décrits, situés au niveau du col et par cela même très-importants.

Du col de l'utérus, du corps et surtout de la surface placentaire, partent des troncs lymphatiques qui vont se rendre aux ligaments larges, puis aux ganglions iliaques ; d'autres, suivant les vaisseaux utéro-ovariens, vont à des ganglions lombaires. Dans leur trajet, ces vaisseaux, formés en gros troncs, occupent surtout les parties les plus superficielles, immédiatement sous-péritonéales des ligaments ; leur paroi est très-mince, et la dissection, même après injection, en est rendue extrêmement difficile.

Les lymphatiques du col se réunissent en vaisseaux plus ou moins gros à l'union du corps et du col ; il en existe d'ordinaire un plus volumineux que les autres. Ces vaisseaux émergent à ce niveau dans le tissu cellulaire latéral, s'accolent aux vaisseaux sanguins et rencontrent immédiatement un ou plusieurs très-petits ganglions qui ne m'ont pas paru constants ; les plus volumineux gagnent ensuite la face postérieure sous-péritonéale du ligament large, puis cheminent comme les vaisseaux utéro-ovariens, autour desquels ils rencontrent des ganglions. En avant les vaisseaux sont moins volumineux et moins apparents.

Les vaisseaux du col affectent une direction et une disposition constantes ; ils vont former un plexus plus ou moins volumineux immédiatement au-dessus et en arrière du cul-de-sac vaginal latéral ; on se rend bien compte de cette situaion en examinant le ganglion que j'ai fait dessiner ; ce siége est fort remarquable ; il correspond au point où se développent des inflammations, des douleurs, des tuméfactions, au fond du cul-de-sac latéral.

J'ai vu plusieurs fois dans ce point un et quelquefois deux

ou trois petits ganglions; mais toujours, quand je n'ai pu les trouver, j'ai vu là un réseau lymphatique, plexus vasculaire véritable et important.

De là les vaisseaux se dirigent en arrière surtout, pour ramper dans le ligament large. Les ganglions sont petits, à moins que l'inflammation ne leur ait fait acquérir plus de volume. Mais si on n'en trouve pas constamment auprès du col, il suffit de remonter un peu sur le trajet des vaisseaux utéro-ovariens, et, avant d'arriver à la paroi du bassin, on rencontre des ganglions volumineux qui sont toujours entraînés avec l'utérus, quand, dans les autopsies, on enlève en bloc et complétement les organes du petit bassin.

Les lymphatiques du corps de l'utérus ont une disposition moins régulière, et cela devait être facilement prévu; l'insertion du placenta n'est pas absolument constante dans son siége; un grand nombre, accumulés dans les points où se fait cette insertion, devaient se déplacer comme elle. Par exemple, lorsque l'insertion se fait à la face antérieure, comme dans les Observations 5, 6, 1, on trouve ces gros vaisseaux sous-séreux à la face antérieure de l'utérus, et l'inflammation péritonéale plus vive en avant. J'ai pu, en examinant l'utérus atteint de lymphangite, annoncer immédiatement que l'insertion placentaire existait en avant; le grand nombre des vaisseaux apparents rendait le fait indubitable.

J'ai vu encore le placenta inséré à gauche, et il n'existait de lymphatiques purulents qu'à gauche; ils étaient d'un volume extrêmement considérable. Selon que l'insertion placentaire se fait plus ou moins haut sur l'utérus, on trouve les lymphatiques plus ou moins élevés. Ceci ne veut pas dire que l'on ne trouve de lymphatiques que là où le placenta est inséré; mais leur nombre y est beaucoup plus considérable. En effet, lorsque la lymphangite s'est beaucoup généralisée, on voit manifestement les vaisseaux ramper sur les deux faces de l'utérus.—Obs. 1.

Partis des parois utérines, les vaisseaux du corps ont une disposition assez différente de celle des vaisseaux sanguins ; ils se dirigent directement vers la surface externe de l'utérus et rampent alors en se dirigeant vers les angles de l'utérus ; ils sont, dans ce trajet, sous-péritonéaux, ou séparés du péritoine par une mince couche de tissu musculaire, de telle sorte qu'on aperçoive parfaitement par transparence leur couleur jaunâtre lorsqu'ils sont remplis de pus. Arrivés aux angles, ils sont pour la plupart superficiels et se perdent dans le ligament large, en arrière et au-dessous de la trompe, entre la trompe et le ligament rond, mais surtout au-dessous de l'ovaire et de la trompe. Outre ce plan de lymphatiques superficiels, il en existe un profond, que l'on ne peut voir qu'en coupant perpendiculairement l'angle utérin ; cette incision pratiquée, on reconnaît les lymphatiques aux signes que j'indiquerai, et on peut les suivre dans le ligament large. On voit bien un groupe de lymphatiques remarquable qui occupe le creux formé entre la trompe et le ligament de l'ovaire ; on le voit par transparence. Le nombre et le volume de ces vaisseaux vous frappent tout d'abord.

La richesse des gros réseaux est extrême et permet de penser que le nombre des petits vaisseaux qu'on n'injecte pas est considérable. Dès que la lymphangite est un peu généralisée, on ne voit plus que lymphatiques remplis de pus. On peut s'en donner une idée en étudiant les belles planches que M. Cruveilhier a fait dessiner dans son *Anatomie pathologique* (livraison 13, pl. I, II, III).

Le volume de ces vaisseaux est aussi considérable ; on trouve, surtout à la surface de l'utérus, de gros vaisseaux qui peuvent mesurer jusqu'à 7 à 8 millimètres de diamètre; ce sont de véritables sinus, des sortes de confluents.

Quel que soit leur volume, leur minceur et leur transparence sont extrêmes, et là réside une des grandes difficultés de leur étude. Dès que le vaisseau est vide de liquide, il de-

vient impossible de le suivre, et, d'autre part, la paroi se déchire avec une facilité si grande qu'on ne voit souvent pas les limites du vaisseau. Tant qu'il occupe la profondeur du tissu utérin, il forme un véritable sinus avec une paroi musculaire; on peut le suivre alors jusqu'au tissu cellulaire ou on le déchire. En outre, l'accolement aux vaisseaux veineux augmente encore la difficulté. Des valvules existent dans leur intérieur, même dans ces sortes de sinus utérins, et quand les vaisseaux ne sont pas trop déformés, on les distingue ainsi facilement des veines. Ils ont l'aspect bosselé en dehors du tissu utérin, les bosses peuvent être fort volumineuses. Les valvules bien complètes rendent impossible l'injection en retour, qui se pratique si facilement sur les veines.

Les gros vaisseaux paraissent recevoir à la fois un grand nombre de petits vaisseaux dont on aperçoit les orifices, et cela non-seulement à la surface du tissu utérin, mais sur des parties latérales de l'utérus, et cette disposition explique la formation d'ampoules analogues à celles que nous avons fait dessiner.

La paroi de ces vaisseaux est lisse et blanchâtre.

CHAPITRE III

LYMPHANGITE EN GÉNÉRAL; ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il serait bon d'appliquer à l'étude des maladies du système lymphatique dans l'utérus les notions connues sur ces maladies dans les autres régions. Malheureusement on s'aperçoit rapidement que l'anatomie pathologique de la lymphangite est fort incomplète. Les auteurs, en abordant cette partie de leur sujet, ont résumé plus ou moins heureusement les recherches de Tonnelé, Duplay, Cruveilhier sur la lymphangite utérine. Mais l'étude des vaisseaux malades dans d'autres points n'a pas été faite; la description des lésions ne porte guère que sur les altérations concomitantes. Sur ces dernières, j'appellerai l'attention, parce qu'elles ont pour moi une importance capitale; mais je veux aussi faire remarquer que l'absence de lésions sur le lymphatique lui-même n'est pas une preuve qu'il n'a pas été enflammé.

En effet, pour une lymphangite récente, quelles seraient ces lésions? Je suppose un malade atteint de plaie de la jambe devenue le point de départ d'une lymphangite très-manifeste; les traînées rouges, irrégulières, douloureuses et saillantes ne laissent aucun doute au chirurgien; ce malade meurt rapidement. Que nous apprendra la dissection? Le plus ordinairement rien.

J'ai eu l'occasion d'examiner cette année la cuisse d'un homme mort avec un phlegmon diffus. Deux jours avant la mort, j'avais observé et noté des traînées rouges de lymphangite incontestables; je n'ai pas trouvé de vaisseaux purulents et le tissu cellulaire était modérément injecté. M. Broca m'a cité cette année un fait très-analogue dans lequel il a obser-

vé des lymphatiques à paroi manifestement épaissie, mais ne contenant aucune trace de pus.

A priori, il était bien évident qu'il en serait ainsi. La présence du pus dans les lymphatiques utérins annonce une forme très-grave de la lymphangite, qui en elle-même est une maladie le plus habituellement bénigne. A de certaines époques, dans les hôpitaux, elle est d'une fréquence extrême; les lésions spontanées ou traumatiques des orteils, du prépuce, des régions riches en lymphatiques, sont habituellement suivies d'une lymphangite d'intensité variable : il n'est pas admissible que les vaisseaux se remplissent ainsi de pus avec tant de facilité et si peu d'accidents.

Mais alors il faut croire que la lymphangite bénigne de l'utérus peut et doit exister; que, lorsqu'on ne trouve pas de pus dans les lymphatiques utérins, il est néanmoins possible qu'une lymphangite se soit produite, et d'autres lésions pourront servir à le démontrer. Enfin, lorsqu'on trouve du pus dans un petit nombre de lymphatiques, cela veut bien dire que la maladie a été violente dans ces mêmes points, mais cela n'empêche pas qu'il y ait eu un nombre plus considérable de lymphatiques malades.

On a donné l'épaississement de la paroi comme une lésion inflammatoire. Elle est, surtout à l'utérus, bien difficile à apprécier sur des vaisseaux unis et transparents. L'oblitération des vaisseaux nous a paru un phénomène très-commun, mais nous ne l'avons observé que sur les vaisseaux remplis de pus : nous y reviendrons plus loin.

Si les lésions des vaisseaux sont mal connues et difficiles à apprécier, il n'en est pas de même de lésions concomitantes nombreuses, outre les lésions des ganglions. Follin, par exemple, les a bien décrites, bien qu'il ne veuille pas les rattacher assez directement à la lymphangite (p. 567) : lésions diverses du tissu cellulaire périphérique aux vaisseaux, de la peau, des muscles, phlyctènes, eschares, etc. Je pense,

avec ses contradicteurs, que ces lésions concomitantes sont bien les conséquences immédiates de la lymphangite; qu'on les rattache aux troubles de la circulation lymphatique de la région, à la propagation de l'inflammation le long de la paroi des vaisseaux, ce qui expliquerait l'inflammation simultanée d'organes ayant des réseaux lymphatiques communs, au passage des globules à travers des vaisseaux, peu m'importe; je constate ce fait : *Sur le trajet des vaisseaux enflammés, inflammation du tissu cellulaire voisin, inflammation de la peau susjacente, phlyctènes, eschares, je constate*, dis-je, *que ce fait est fréquent, qu'il se produit avec un siége facile à prévoir sur le trajet des vaisseaux malades, et je ne puis m'empêcher de penser que ce sont là des phenomènes de voisinage.*

Si, d'autre part, on trouve à l'utérus une maladie fréquente, la lymphangite, elle doit y avoir ses lésions concomitantes plus ou moins graves. Je montrerai que ces lésions sont nombreuses et importantes, mais je montrerai surtout qu'en vertu de la disposition anatomique des lymphatiques, leurs maladies doivent retentir sur le péritoine.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ; LYMPHANGITE UTÉRINE ET PÉRITONITE PUERPÉRALE

Après les descriptions faites par Tonnelé pour la lymphangite utérine, celles de Cruveilhier très-complètes, augmentées de celles de Duplay et de Botrel, paraissaient bien suffisantes. En effet, il faut les accepter complétement. Je crois seulement que ces auteurs, qui ont bien étudié les lymphangites très-considérables, ont trop négligé les lymphangites partielles. Attachant une grande importance à l'existence de cette dernière forme, voulant aussi ajouter quelques faits aux faits connus, j'ai entrepris, d'après mes dissections, une courte description de quelques points.

Les lésions sont bien différentes suivant qu'on observe des degrés différents de la maladie.

Si les lymphatiques sont envahis en nombre considérable, on peut, sans dissection aucune, voir sur la face antérieure, mais surtout sur la face postérieure de l'utérus, à travers le péritoine, des vaisseaux jaunâtres faisant saillie et rayonnant du centre vers les bords de l'utérus. Sur les bords, ces vaisseaux sont volumineux, bosselés, s'entrecroisant en tous sens et sans injection ; il est souvent difficile de déterminer s'il y a là seulement du tissu cellulaire infiltré de pus, ou si ce sont des vaisseaux sous-péritonaux : les planches de Cruveilhier ne représentent que cet état-là. Les dimensions énormes que peuvent acquérir les vaisseaux sont alors remarquables.

Les lésions concomitantes sont alors très-étendues.

A un degré de moindre intensité, on trouve à la surface

de l'utérus (pl. 3) quelques vaisseaux jaunes s'irradiant vers les bords. Le plus souvent ces vaisseaux ne font aucune saillie; il n'y a d'apparent qu'une traînée jaunâtre, et pour étudier le vaisseau malade, il faut le piquer avec un tube à lymphatiques et l'emplir de mercure qui se mélange au pus.

Quand les vaisseaux sont rares, ils sont peu apparents; pour les trouver, il faut les couper en travers. Aux deux angles de l'utérus, on fait une incision verticale superficielle en arrière, puis en avant, de 1 mm. à 1 mm. 1/2 de profondeur. Tous les vaisseaux lymphatiques de la couche superficielle seraient de la sorte incisés, et on verrait les orifices laisser sourdre une gouttelette de pus. Lorsque les vaisseaux lymphatiques purulents sont peu abondants, on les trouve d'ordinaire d'un côté seulement.

Lorsque, dans ces points, on n'a pas trouvé de vaisseaux purulents, ou, lorsqu'après en avoir trouvé on veut examiner le reste de l'utérus, il faut chercher les lymphatiques profonds des angles ou les lymphatiques du col. Pour les premiers, il suffit de saisir l'angle de l'utérus, et, un peu en dehors de l'insertion de la trompe, de couper couche par couche et verticalement les tissus. S'il se trouve des lymphatiques, et là il s'en trouvera souvent, on verra de grands vaisseaux laissant sourdre un pus épais et crémeux.

Enfin, pour étudier les lymphatiques du col, il faut faire une coupe suivant l'axe du col pour voir sourdre le pus d'orifices vasculaires à l'union du col et du corps; on pourra même le faire sourdre en pressant les lèvres de cette plaie, et bien distinguer les nombreux orifices veineux, d'où sortira du sang, des orifices lymphatiques, d'où viendra du pus. A la base du col, à son union avec le corps est un vaisseau lymphatique beaucoup plus volumineux que les autres.

Il faut ensuite examiner avec le plus grand soin les parties latérales du col, la portion du tissu cellulaire sus-vaginal,

en un mot la région où commence le ligament large. On peut trouver là des pelotons de lymphatiques et les injecter ainsi que des ganglions que j'ai signalés, que j'ai vus suppurer.

Au-dessus de ce niveau, la suppuration des ganglions est plus rare.

Au voisinage des lymphatiques purulents, on trouve souvent des traces d'inflammation.

Lorsque les vaisseaux purulents sont dans le tissu cellulaire celui-ci est injecté, infiltré, quelquefois lardacé, il peut être aussi le siége de suppurations. Pour les lymphatiques sous-péritonéaux, il se produit un phénomène bien remarquable; la portion de péritoine qui recouvre le lymphatique purulent, semble avoir été le siége d'une inflammation particulièrement vive, si bien que sa surface est recouverte d'une fausse membrane plus ou moins épaisse, qu'on ne retrouve pas ailleurs. Cette disposition est si constante et si manifeste que, quand je suis en quête de lymphatiques purulents sur un utérus, je cherche à sa surface en allant du centre vers les angles, les points où je rencontre des fausses membranes; je gratte celles-ci légèrement avec le tranchant d'un scalpel, et au-dessous, je rencontre souvent un lymphatique purulent faisant quelque saillie, ou bien une simple traînée jaunâtre qui indique un vaisseau.

Cette preuve fréquemment observée de l'inflammation du péritoine au voisinage du vaisseau lymphatique enflammé, ou au moins charriant des matériaux purulents, me paraît importante.

En ouvrant ces lymphatiques, on voit qu'ils renferment presque toujours un pus jaunâtre, bien lié; quelquefois ce pus est presque blanc, on peut même rencontrer une sorte de caillot fibrineux blanc. En incisant le vaisseau sur une certaine longueur, on le trouve pourvu de *valvules* très-régulières, quelquefois difficiles à voir.

Quant à la paroi du vaisseau, elle est habituellement d'un blanc plus ou moins brillant; je l'ai vue telle dans des vaisseaux très-distendus par le liquide purulent et entourés d'un tissu cellulaire atteint d'une inflammation violente. Il est donc bien juste de conclure que cet aspect se rencontre avec l'inflammation du vaisseau.

Les abcès constituent une autre lésion bien caractéristique. Chez un grand nombre de femmes mortes à la suite de couches, on trouve des abcès soit dans le tissu utérin, soit dans le ligament large. Deux formes sont nettement distinctes. Les uns sont peu volumineux, très-bien circonscrits et contiennent un pus bien lié: ils ont une sorte de paroi kystique brillante; ils sont bosselés ou allongés. On trouve souvent cette forme d'abcès dans le tissu cellulaire, et c'est toujours elle que l'on rencontre dans le tissu utérin.

Cette première forme paraît être constituée simplement par des vaisseaux dilatés.

En effet, on peut rencontrer dans la paroi de la matrice, tous les intermédiaires entre les lymphatiques dilatés par le pus et ce qu'on appelle les abcès de l'utérus: vaisseau bosselé, dilaté; vaisseau oblitéré en deux points rapprochés, distendu et déformé par le pus; ampoule pleine de pus; ampoule volumineuse enfin, dont l'origine ne peut être rapportée à un vaisseau lymphatique, qu'à cause de certains caractères.

Ces abcès utérins ont une paroi lisse manifestement d'origine vasculaire, sur laquelle on retrouve quelquefois des valvules (pl. I, fig. 2).

On les rencontre constamment dans les mêmes points, vers les angles de l'utérus ou au niveau de l'union du corps et du col. Au lieu d'être placés au milieu du tissu musculaire utérin, ou dans sa partie profonde, ils sont le plus souvent superficiels, presque sous-péritonéaux. Il est rare en outre, que sur les mêmes utérus, on ne trouve pas de vais-

seaux lymphatiques purulents à divers états de déformation. Enfin on trouve ces lésions chez des femmes mortes, plusieurs semaines après l'accouchement, avec des péritonites à marche un peu lente.

Grâce à l'obligeance de mon ami H. Liouville, j'ai pu tout récemment étudier une pièce, type remarquable de ces abcès, que j'ai présentée à la Société anatomique (pl. I, fig. 1). Sur une femme morte de péritonite, le 12 octobre, à la Pitié, accouchée le 31 août à l'hôpital Cochin, j'ai montré des abcès volumineux allant de la face postérieure de l'utérus vers les angles; d'autres abcès siégeaient au col, au niveau de l'union du corps et du col. Il était facile de remarquer que ces abcès contenaient le pus un peu crémeux, sans mélange de sang, qu'on trouve dans les lymphatiques; que leurs parois lisses offraient toute apparence des parois vasculaires; que leur siége aux angles utérins, leur situation sous-péritonale et non intra-musculaire, les rapprochaient des lymphatiques distendus. Aucune veine n'était malade dans cet organe.

Il y avait eu une péritonite violente, au niveau des angles et des annexes, surtout à droite. Il n'y avait, avec des abcès aussi volumineux, aucune trace d'inflammation du tissu musculaire.

Quelques jours après, j'ai pu examiner une pièce non moins intéressante, recueillie, dans le service de M. Denos, à Saint-Antoine, par mon frère Paul Lucas-Championnière, sur une femme morte le 31 octobre, 41 jours après l'accouchement. Il y avait ici un abcès utérin très-volumineux en arrière, au niveau de l'union du corps et du col, produit par la dilatation d'un gros lymphatique; il y avait, en outre, d'autres lymphatiques purulents très-bien conservés, de la péritonite généralisée, et une collection purulente du ligament large gauche, sur laquelle je reviendrai.

Après l'examen d'un grand nombre de ces faits, je conclurai volontiers avec M. Bernutz, que les descriptions d'abcès utérins peuvent être rapportées à des collections vasculaires purulentes, et j'ajouterai que ces collections se font dans les lymphatiques, ainsi que M. Duplay l'avait déjà remarqué. Sans repousser *a priori* la possibilité d'abcès du muscle utérin, on peut dire qu'elle n'a pas été démontrée.

On peut supposer, enfin, que ces collections purulentes guérissent, et peut-être faut-il voir, dans leurs transformations, l'origine de certains kystes de la paroi utérine.

A côté de ces abcès, il en est d'autres non moins importants, qui se rattachent précisément à ces phénomènes d'inflammation de voisinage qui nous occupent ; on les observe dans le ligament large : on suit souvent des vaisseaux lymphatiques jusque auprès d'eux, puis on en perd la trace dans les environs du foyer purulent, dans le tissu cellulaire plus ou moins infiltré.

Certainement, ces abcès sont assimilables à ceux que l'on observe sur les membres atteints de lymphangite, sur le trajet des lymphatiques. On peut remarquer, du reste, que le volume considérable des lymphatiques, leurs dilatations ampullaires, ces sortes de sinus où la circulation doit être lente et difficile, doivent favoriser cette propagation imflammatoire périphérique.

Les abcès sont alors mal limités, à parois anfractueuses; quelquefois ils sont du volume d'un œuf de poule : ils peuvent former un véritable abcès du ligament large. J'ai vu bon nombre de ces abcès. Dans la pièce que je dois à mon frère (p. 24), l'abcès, dèjà un peu ancien, occupait bien le ligament large gauche.

Cette complication d'une lymphangite puerpérale avec péritonite mortelle, est bien propre à éclairer l'étiologie des abcès du ligament large.

Outre ces collections purulentes, on trouve le tissu cellu-

laire, autour de l'utérus et de la vessie, plus ou moins envahi par la suppuration; le pus peut se faire jour par la vessie, le rectum, le vagin, etc.

Mais la lésion connexe de la lymphangite, je dirais presque inséparable, si je ne croyais précisément aux lymphangites bénignes, dont nous ne vérifions pas l'existence anatomique, c'est la péritonite, et, dans la péritonite, il faut noter que la localisation primitive est presque toujours appréciable.

On voit sur le cadavre que l'ovaire et la trompe sont le siége d'une tuméfaction d'une rougeur insolite et portent des traces d'inflammation violente. On remarque aussi, pour l'utérus, que sur la ligne médiane il n'existe pas de fausses membranes, et qu'il y en a surtout de fort épaisses à l'angle de l'utérus, plutôt en arrière qu'en avant; même disposition pour le cul-de-sac postérieur: vers un des ligaments larges, fausses membranes épaisses. Les annexes des deux côtés sont ainsi quelquefois très-altérées, mais le plus souvent il y a eu grande prédominance de la maladie d'un côté. L'état de la trompe, souvent très-enflammée quand il y a beaucoup de pus dans le péritoine, doit être l'objet d'une discussion complète. Quant à l'état du péritoine, il est très-variable; la péritonite s'accentue en général vers certains points à la surface convexe du foie, au-dessus de la rate. Mais je n'ai jamais vu qu'elle ait pu débuter ailleurs qu'aux environs de l'utérus.

On trouve encore une lésion d'une certaine importance, l'induration du tissu cellulaire périphérique à l'utérus, une sorte d'œdème dur. J'ai vu nombre de faits, et en particulier dans l'observation 6, sur les parties latérales de l'utérus, une masse de tissu dur lardacé, qui certainement, dans la vie, devait donner au doigt une sensation de grande résistance. Dans cette masse indurée, on trouvait souvent de nombreux lymphatiques. Elle était constituée par le tissu cellulaire in-

filtré, induré, assez abondant, qui se trouve au-dessous du péritoine malade. Cette disposition n'est pas constante dans les péritonites généralisées dont l'issue est rapide, mais j'ai tout lieu de la croire constante dans les cas où la pelvi-péritonite a marché plus lentement.

Il y a souvent des lésions des plèvres, plus rarement du péricarde, et même des méninges. Mais il ne serait pas bien nécessaire d'insister sur ces complications d'un état général grave. Il serait plus intéressant de savoir si on rencontre les lésions de l'infection purulente; mais comme elle est ici infiniment plus rare que dans le cas de phlébite, il faudrait un nombre considérable de faits pour déterminer sa fréquence. Elle peut se produire, mais en définitive assez rarement.

Quand on examine chacun à leur tour les organes du petit bassin, on voit que l'utérus est presque constamment le siége de lésions très-apparentes, que je crois être certainement le point de départ des maladies. Ces lésions ont été signalées par un si grand nombre d'auteurs, que leur existence doit être acceptée sans presque d'examen; je m'attacherai seulement à déterminer leur forme.

La surface placentaire, véritable plaie utérine, peut par elle-même devenir la source d'une lymphangite; mais, en outre, on peut observer quelquefois à sa surface une véritable ulcération plus ou moins profonde.

Ainsi, dans l'observation 2, j'ai vu une surface placentaire saine partout ailleurs, présenter au-dessous de la trompe gauche une ulcération large comme une pièce de un franc; de gros troncs lymphatiques purulents en partaient, pour se diriger vers le ligament large gauche, et c'était à l'angle gauche et au niveau des annexes qu'avait commencé la péritonite.

Du reste, j'ai trouvé les lymphatiques purulents en divers points, selon les diverses insertions du placenta.

Il est souvent facile de voir les lymphatiques purulents

partis des environs de la surface placentaire, mais les lésions du col surtout paraissent fréquemment être l'origine des lymphangites. Des lésions ont été vues par beaucoup d'auteurs, elles sont nombreuses. Chomel en a dit : « Le col est rarement exempt de lésions, même dans le cas où le corps est peu altéré ; il est rouge, livide, mou, fendillé ou déchiré, plus ou moins largement ouvert, quelquefois ecchymosé ou frappé de gangrène. »

Dans les observations complètes de fièvre puerpérale, il est fréquemment dit que le col était très-altéré, volumineux, œdémateux.

Plus rarement, les déchirures du col ont été remarquées. Cependant, dans l'observation 1 de Botrel, une déchirure profonde du col a été vue.

En définitive, ses lésions sont constituées par des déchirures siégeant surtout aux commissures, par des excoriations semblant résulter de gangrènes partielles, par des contusions souvent considérables avec ou sans épanchement de sang.

On voit quelquefois, surtout après un accouchement laborieux mais naturel, des altérations tellement profondes du col, qu'il semble qu'une violence quelconque ait été exercée sur lui ; cependant il n'y a eu que le traumatisme de l'accouchement. J'ai observé en particulier ce fait, sur une malade du service de M. Labbé, à la Pitié, qui avait eu un accouchement par le sommet, long mais naturellement terminé. On ne trouve guère, après les applications de forceps dans l'utérus, d'altérations plus profondes du col.

Enfin, il est bon de noter qu'au col des lésions peuvent exister *avant l'accouchement* et être le point de départ de péritonites mortelles.

Parmi les lésions du col, une est fort importante : la déchirure de l'orifice interne. On trouve souvent des déchirures plus ou moins profondes de l'orifice interne du col. Si la malade se rétablit, on ne les apprécie jamais ; mais on

conçoit aisément que leur situation déclive, les expose à être la source d'accidents, pour peu que les lochies soient un peu retenues.

J'ai signalé ailleurs, d'après M. Guyon, des accidents très-graves résultant immédiatement de cette lésion (1). Mes autopsies m'ont fait voir que ce n'est pas un fait rare, et que cette lésion peut devenir la source d'accidents consécutifs. Dans l'observation 6, ce fait d'une déchirure profonde de l'orifice interne était bien remarquable, bien qu'on ne pût affirmer que les accidents avaient débuté là, vu leur grande généralisation.

Quel que soit le lieu où se trouve cette lésion utérine, on peut, sur des pièces favorables, suivre des vaisseaux lymphatiques purulents venus de ces points jusque dans le ligament large ou sous le péritoine; je l'ai fait pour la face antérieure et la face postérieure de l'utérus, pour les angles, pour le fond, mais pour le col surtout, qui paraît jouer le plus grand rôle dans l'histoire de ces maladies. Il est probable même que les lésions du col déterminent le côté où on observe les lésions péritonéales, que la fréquence des accidents à gauche est en rapport avec les déchirures fréquentes de ce côté, peut-être en rapport aussi avec la fréquence des positions gauches; mais la question ici se complique trop, j'ai seulement quelques faits probants, et il en faudrait un grand nombre.

Il reste enfin à étudier les lésions des annexes, parce que, en présence des théories émises sur le développement des accidents puerpéraux, il est indispensable de déterminer la part qu'ils peuvent prendre.

Il semble inutile de revenir sur ce fait, que la péritonite puerpérale débute au niveau des angles de l'utérus et des annexes. M. Béhier, après Tonnelé, l'a bien démontré, et

(1) Journal de méd. et chir. pratiques, novembre 1867, art. 7426.

cela résulte de l'observation quotidienne. M. Guyon a adopté cette opinion, et dans une thèse excellente d'un de ses internes, M. Thierry, on la verra encore exprimée.

Je suis arrivé par l'observation minutieuse aux mêmes conclusions ; j'irai même un peu plus loin que M. Béhier. On peut constater dans les autopsies, même de péritonite très-étendue, que la péritonite a été surtout violente au niveau des annexes ; mais en outre, dans un grand nombre de cas, on peut remarquer qu'elle a surtout affecté un côté de l'utérus et les annexes, en laissant beaucoup moins de traces du côté opposé. Ces lésions se trouvent plus souvent à gauche qu'à droite.

Ces lésions des annexes et des parties environnantes sont habituellement constituées par une accumulation considérable de fausses membranes autour de l'ovaire et de l'angle de l'utérus dans le cul-de-sac postérieur. La trompe est rougeâtre, tuméfiée ; ces parties peuvent avoir une surface d'un rouge vineux ; j'ai vu souvent à la surface des ovaires de petites taches hémorrhagiques. Comme le tissu cellulaire sous-jacent est plus ou moins pris, quelquefois les annexes, immobiles et fixées sur l'angle de l'utérus, semblent faire corps avec lui. D'autres fois, l'ovaire, plus malade encore, est réduit en un véritable putrilage. Au delà, lésions de péritonite généralisée. Quant aux lésions de la trompe, elles existent souvent, en vérité, mais mal interprétées. D'abord, dans un certain nombre d'observations, on ne trouve pas de lésions de la trompe ; quelques gouttes de muco-pus seulement dans sa cavité, et chez des femmes mortes en dehors de toute fièvre puerpérale, on en peut trouver autant. Mais, dans d'autres cas, on trouve manifestement du pus dans sa cavité, dilatant sa portion externe. Si on se contente d'ouvrir la trompe dans ce point, on voit qu'il y avait un pus rougeâtre, plus ou moins analogue au liquide contenu dans l'intérieur de l'utérus, et que la paroi de la trompe était

enflammée. Si, au lieu de procéder ainsi, on incise méthodiquement la trompe depuis le pavillon jusqu'à son ouverture dans l'utérus, on verra que le pus n'occupe jamais plus des deux tiers externes de la trompe, et que le tiers interne non-seulement ne contient pas de pus, mais présente une surface grisâtre non enflammée très-analogue à celle que l'on rencontre lorsqu'on examine un utérus d'une femme récemment accouchée, morte d'une autre affection. Ainsi donc ce petit détail anatomique démontre que, si la trompe peut être enflammée dans son tiers externe, sa partie libre, elle ne l'est pas du côté de l'utérus. On ne saurait donc admettre que la muqueuse tubaire a servi de voie de propagation à l'inflammation, tandis qu'il est bien facile de penser que ce tiers externe, au voisinage, au milieu de parties enflammées, est devenu lui-même le siége de phénomènes inflammatoires. Dans mes observations, ce détail a été surtout bien noté dans l'observation 4.

En terminant ce chapitre, je devais quelques explications sur les caractères différentiels des lésions de la lymphangite et de la phlébite, puisque je pense qu'un grand nombre des descriptions de celle-ci doivent être rapportées à la première.

Dans un grand nombre de cas, en suivant les vaisseaux jusqu'aux ganglions, en trouvant des valvules, on est assuré que l'on a des lymphatiques sous les yeux. Puis en étudiant ces pièces bien probantes et celles qui sont moins complètes, on finit par voir que le siége des vaisseaux, leur paroi blanche et nacrée, le pus crémeux et blanc, l'aspect bosselé et d'autres caractères rapportés par les auteurs ou par moi suffisent, par leur réunion à déterminer les lymphatiques.

Pour la phlébite, au contraire, bien qu'on en ait dit, elle a les mêmes caractères que dans les autres régions, et vraiment on ne saurait lui attribuer même ces vaisseaux à pus

blanchâtre qu'on trouve isolés dans le tissu utérin. Il faut, pour la reconnaître, avoir vu des pièces types qui sont assez rares. On doit trouver des parois veineuses épaissies, des caillots adhérents, une matière puriforme, mélangée de matière colorante rouge, enfin beaucoup de sinus de la *surface placentaire* sont, en général, envahis. On ne la voit guère limitée comme la lymphangite. J'en ai rapporté un bel exemple (Obs. 3), compliqué de lymphangite, et j'affirme qu'à la coupe les lymphatiques enflammés se distinguaient très-bien des *veines* enflammées sur une même pièce.

Enfin, il ne faut pas oublier que la rareté des lésions de l'infection purulente dans ces prétendues phlébites, paraît un argument de grande valeur en faveur de mes appréciations.

CHAPITRE V

DOULEUR LOCALE DANS LA LYMPHANGITE UTÉRINE ET LA PÉRITONITE (1)

L'anatomie pathologique nous apprend que toutes les lésions prennent naissance et s'accumulent sur les parties latérales de l'utérus et autour des annexes. D'autre part, l'examen des malades nous montre les douleurs latérales comme un caractère fréquent des accidents puerpéraux. Il était naturel de penser que ces douleurs peuvent être rattachées aux lésions que j'étudiais et j'ai cherché à les observer, à étudier leurs rapports incontestables à la fois avec les accidents graves et avec les accidents légers.

Les phénomènes douloureux, lors des complications puerpérales, siégent au niveau des annexes, que l'on peut quelquefois saisir avec la main; mais en palpant l'abdomen, on les provoque aussi sur les angles utérins, dont on apprécie parfaitement la saillie ; il ne faut pas les confondre, du reste, avec quelques douleurs latérales très-passagères, attribuables souvent à des congestions mécaniques de l'ovaire.

Du deuxième au sixième jour, le plus souvent, quelquefois avant, quelquefois après cette période, il peut survenir une douleur plus ou moins vive de l'abdomen, et la palpation permet d'en bien localiser le siége autour des annexes et sur un angle utérin ; cette manifestation douloureuse co-

(1) La douleur locale ne peut être appréciée et bien étudiée que par un palper abdominal méthodique tel que le pratique M. F. Guyon, tel que, sous sa direction, j'ai appris à le pratiquer sans l'examen des femmes en couche.

existe souvent avec la manifestation fébrile dite fièvre de lait, elle est souvent précédée, puis accompagnée de frissons, fièvre, élévation de température. Cette douleur peut se dissiper rapidement après vingt-quatre heures; mais elle persiste souvent plusieurs jours, avec ou sans renouvellement du frisson; elle peut céder alors à des moyens appropriés. La sécrétion lactée s'établit franchement et tout rentre dans l'ordre.

Dans d'autres cas, cette douleur, au lieu de disparaître, persiste, très-variable dans son intensité; la fièvre continue; il n'est pas rare alors de voir la sécrétion lactée s'établir avec quelque peine, puis tous les symptômes d'une pelvi-péritonite ordinairement limitée à un côté surviennent; quelquefois cette invasion est franche, paraît même très-grave; d'autres fois elle est insidieuse, et si l'on ne tient pas compte de la douleur persistante des parties latérales, on peut fort bien méconnaître, pendant quelques jours, la maladie. Si on touche les malades dès l'invasion de la douleur, on peut voir que le cul-de-sac latéral correspondant et les parties latérales du col sont douloureux avant que de devenir durs et pleins, empâtés comme dans la pelvi-péritonite (Obs. 1). Dans les mêmes circonstances, avec cette douleur, il peut survenir un phlegmon du ligament large; mais c'est ordinairement un accident un peu plus tardif que la pelvi-péritonite.

Au lieu de la péritonite locale, on peut voir un cortége d'accident graves se développer, une péritonite généralisée se faire, et si on observe dans une maternité, pendant une période d'épidémie, ces douleurs locales sont bien caractéristiques; un temps variable, d'autant plus court, que les circonstances sont plus fâcheuses, s'écoule entre leur apparition et l'invasion des accidents graves : douleur abdominale généralisée, vomissemements, frissons répétés, abattement particulier, pouls abdominal; puis, en définitive, la malade

succombe. La mort peut survenir alors avec une rapidité effrayante. Sans parler des cas où la maladie a débuté *avant l'accouchement*, je citerai une femme accouchée à Cochin, au nº 32, à 10 heures du matin, le 11 avril; prise, dès le soir, d'une douleur vive du côté droit, morte dans la nuit du 13 au 14. J'ai vu la mort encore plus rapide; dans mon observation 6, elle est survenue au bout de 17 heures: j'ai vu d'autres cas analogues, mais les malades étaient prises avant l'accouchement.

Ce qui donne de l'importance à la moindre manifestation douloureuse, c'est que la douleur n'est pas toujours en rapport avec la gravité du cas. Il faut donc prêter attention aux moindres douleurs. Puis, la douleur diminue souvent quand la maladie s'aggrave, surtout quand il survient de la tympanite abdominale.

Enfin, dans ces cas encore, si on touche les malades, ce qui se fait assez rarement, on peut trouver les culs-de-sac douloureux, ainsi que les parties latérales du col, et ce n'est pas en arrière, au niveau du cul-de-sac péritonéal, mais bien sur les côtés, dans le point correspondant au point d'émergence des lymphatiques; j'ai pu bien constater ce fait chez une femme accouchée le 11 avril 1867, morte le 23; j'avais trouvé à la palpation de l'abdomen, la douleur vive des annexes à droite, puis la douleur au toucher dans le cul-de-sac latéral correspondant, et enfin, j'ai trouvé à l'autopsie, outre l'inflammation péritonéale vive dans ces points, des *lymphatiques purulents*, à la base du ligament *large droit*. Le jour de l'autopsie, il y avait empâtement du cul-de-sac droit.

Chez une femme accouchée le 14 avril, morte le 26, j'ai trouvé des faits presque semblables, mais pour le côté gauche. Ici, le fait intéressant était une douleur *modérée à la palpation* de l'abdomen, puis *très-vive au toucher* dans le cul-de-sac.

Il serait facile de multiplier les observations de ce genre, sauf en ce qui concerne le toucher des femmes très-gravement atteintes, parce que, le plus souvent, dans l'intérêt des malades mêmes, j'ai dû m'abstenir de le pratiquer.

On a bien montré des accidents graves, sans douleur locale ; mais il y a là une exception.

Cela est si vrai, que les auteurs les moins localisateurs ont été frappés par la constance et la valeur de ce symptôme, que Copland, qui rejette les désordres locaux sur un plan si secondaire, a donné une grande importance à ce signe, la douleur latérale; que M. Voillemier (1) a pu dire (p. 452) : « Les douleurs abdominales ont été un symptôme pour ainsi dire constant..., » et plus loin : « Elles commençaient à se faire sentir dans l'aine. »

Mais le meilleur argument que je puisse donner est tiré des nombreuses observations que j'ai recueillies dans le service de MM. Guyon et de Saint-Germain, qui me sont communes avec ces maîtres et empruntent une grande valeur à leur autorité.

On peut en conclure que, dans beaucoup de cas où les observateurs ne l'on pas rencontrée, on l'avait insuffisamment recherchée. Il m'est arrivé souvent de la constater et de la faire constater sur des malades que d'autres avaient examinées sans la trouver.

Puisque je disposais d'un grand nombre d'observations, il eût été intéressant de les analyser pour apprécier le rôle des phénomènes douloureux. On conçoit aisément qu'un travail aussi considérable eût exigé trop de développements. Je me suis donc contenté de faire un relevé portant sur trois mois de l'année, fort différents pour l'état sanitaire.

J'ai noté seulement les cas où la douleur me paraissait

(1) Voillemier. Clinique chirurgicale, 1862. Fièvre puerpérale, etc.

caractéristique, ce qui est facile à déterminer pendant les périodes de maladies, ce qui est très-difficile quand l'état sanitaire est bon. J'ai choisi les mois de janvier (43 accouchements, 4 morts), avril (47 accouchements, 7 morts), août (57 accouchements, pas de mort).

Dans le seul mois de janvier, 22 fois cette douleur existait pour 43 accouchements, 2 fois le côté était insuffisamment indiqué, 4 fois les 2 côtés étaient pris, la prédominance étant marquée surtout pour le côté gauche. Le côté gauche seul a été pris 9 fois et le côté droit 7 fois seu lement. Sur ces malades, trois sont mortes, et deux ont été gravement atteintes; quelques unes ont eu des pelvi-péritonites peu étendues; le plus grand nombre a guéri rapidement.

Dans le mois d'avril, il se fit 47 accouchements, avec un état sanitaire déplorable: 6 morts d'affections puerpérales grave; 47 accouchements seulement ont été faits et cependant cette douleur nous la trouvons 27 fois. On peut remarquer non-seulement les morts toujours précédées de l'accident local, mais aussi les malades guéries de lésions graves; plusieurs de ces pelvi-péritonites guéries ont été très-graves, et l'examen du tableau nous amène à cette conclusion : plus grande fréquence de la lésion locale, gravité plus considérable des accidents. Il faut remarquer aussi que les rapports entre les prédominances des points douloureux ont un peu changé : 7 fois la douleur était à droite seulement, 9 fois elle était à gauche, 11 fois elle était des deux côtés; il y avait donc là évidemment une tendance à l'extension et à la propagation de la maladie.

Dans le mois d'août, avec un état sanitaire éminemment favorable, on voit les douleurs diminuer d'une facon très-notable : 14 fois seulement je les ai comptées, et encore, sur ces 14 fois, la douleur a été 2 fois insignifiante, et pendant le premier jour; je pourrais la négliger. Une autre fois, elle

était consécutive à un traumatisme très-considérable. En les conservant pourtant, nous trouvons la douleur double 5 fois, à droite 5 fois, à gauche 4 fois. Il est remarquable aussi que, sauf 2 ou 3 malades, il n'y a eu aucune suite importante. Enfin, on doit noter qu'une pelvi-péritonite s'est développée sans presque de douleur. Nous avons bien observé ce mois-là quelques autres phénomènes douloureux, mais sans analogie avec ceux que nous étudions; qu'il nous suffise de rappeler la mention qu'ils ont dans les observations : sensibilité du ventre; sensibilité du ventre après une application de forceps; coliques; douleur sus-pubienne; douleur chez une femme qui n'urine pas. J'ai contrôlé ceux-ci avec d'autant plus de sévérité qu'ils étaient plus rares.

On a pu voir, dans tout ceci, que, parmi les phénomènes douloureux consécutifs à l'accouchement, il en existe un particulier, qui n'est pas, comme pour les coliques utérines, immédiatement consécutif à l'accouchement, qui ne se présente pas sur le milieu du corps de l'utérus, mais sur ses parties latérales; qui est peu remarquable en tant que phénomène spontané, mais qui est déterminé lors de la pression sur l'angle de l'utérus et des annexes; qui peut être déterminé aussi par la pression du doigt dans le cul-de-sac vaginal latéral, qui est le plus souvent accompagné d'accidents inflammatoires; qui peut se dissiper, mais qui, persistant, annonce une complication plus ou moins grave, qui sert de préface aux accidents péritonitiques les plus graves, comme aux accidents péritonitiques les plus bénins. Et ce n'est pas une douleur qu'il faille confondre avec les douleurs intenses de la péritonite, bien différentes, qui l'effacent le plus souvent; et même, lorsque celle-ci se développe, il n'est pas rare de voir toute douleur disparaître. La tympanite paraît jouer un grand rôle dans cet effacement de la douleur.

Cette constance dans la reproduction de cette douleur, la

régularité de ces phénomènes, mènent à penser qu'il existe entre eux un lien intime. La douleur doit marquer ici un accident de la plaie utérine, un accident qui peut retentir, qui retentit souvent sur le péritoine. Quel est cet accident ainsi caractérisé? J'ai cru que la lymphangite était la cause de cette douleur, et je me suis fondé sur ses caractères mêmes et sur le résultat des autopsies.

CHAPITRE VI

THÉORIE DU DÉVELOPPEMENT DES ACCIDENTS PÉRITONIQUES PENDANT LES SUITES DE COUCHE

On a pensé tout naturellement que, dans les complications puerpérales, la surface utérine était le point de départ des accidents, puis on a cherché comment l'inflammation pouvait de là se transmettre au péritoine, puisque le développement si fréquent de la péritonite est la suite la plus habituelle. Diverses hypothèses ont été émises pour expliquer cette propagation.

Dans la première on a supposé que le tissu utérin enflammé provoque par voisinage l'inflammation de la séreuse. L'examen des pièces prouve le contraire. On ne retrouve le plus souvent aucune trace d'inflammation du tissu musculaire ; dans un grand nombre d'observations, l'état sain du muscle utérin est parfaitement noté ; pour ma part, ce que j'ai vu, les coupes que j'ai faites sur tous les points, dans tous les plans, me permettent de rejeter absolument cette supposition.

Copland ne me paraît pas avoir été plus heureux, en disant que l'inflammation chemine le long des fibres de la trompe.

D'autres observateurs ont pensé que c'était par la cavité tubaire que l'inflammation se propageait, et vraiment cette hypothèse séduit au premier abord par sa simplicité ; pourtant elle ne supporte pas l'examen. En effet, par cette voie on peut imaginer deux modes de transmission ; la muqueuse de la trompe, continue d'une part avec la muqueuse utérine

d'autre part, avec la séreuse péritonéale, s'enflammerait et enflammerait la séreuse, ou bien, par son canal des matières septiques seraient versées dans la cavité abdominale.

Au premier mode, il faut faire cette objection : dans beaucoup de cas, on ne trouve pas d'inflammation de la muqueuse tubaire; dans d'autres où elle est enflammée, on constate cette disposition que j'ai signalée (p. 30), et qui montre bien que l'inflammation n'a pas gagné de l'utérus vers la trompe (Obs. 1-6-7-9), puisque son extrémité libre est seule enflammée.

Quant à la théorie qui fait de la trompe une sorte de voie ouverte entre l'utérus et le péritoine pour les liquides de l'utérus qui s'écouleraient ainsi dans la cavité abdominale, je ne connais pas d'idée plus antiphysiologique.

Tous ceux qui ont étudié attentivement l'utérus sain et malade, savent combien l'étroitesse de la portion utérine de la trompe rend son examen difficile; les replis de la muqueuse tubaire favorisent encore son obturation. Du reste, s'il y avait là cette communication facile que l'on suppose, on ne concevrait pas qu'une femme pût accoucher sans avoir une péritonite. Je dirai plus, elle ne pourrait avoir ses règles sans qu'il passât une certaine quantité de liquide dans le péritoine pour l'enflammer.

Le fait du passage de liquide de l'utérus dans le péritoine lors d'injections intra-utérines forcées, ne prouve absolument rien en faveur de ce passage spontané des liquides. Ce fait même, du reste, doit être réduit à sa juste valeur, comme l'a fait dernièrement mon collègue et ami, le docteur J. Fontaines, dans un travail remarquable.

On pourrait croire encore au mécanisme que M. Bernutz a invoqué dans son *Étude sur la pelvi-péritonite*, formation d'une salpingite sans communication avec l'utérus, pus évacué dans le péritoine, péritonite. Malheureusement les faits dans lesquels la trompe n'est pas enflammée sont contradic-

toires, et la présence du pus dans la portion externe de la trompe peut bien être secondaire. Il ne semble pas qu'il y ait en faveur de cette hypothèse de preuves qui entraînent la conviction, surtout si l'examen des pièces permet d'en émettre une plus probable.

Il n'existe nulle part dans l'utérus de traînée celluleuse qui puisse s'enflammer. Hélie n'avait rien vu de semblable dans ses belles recherches; l'anatomie pathologique ne m'a rien montré.

L'altération primitive de l'ovaire a été invoquée comme cause de péritonite. Il est possible qu'on puisse l'admettre quelquefois, mais je ne vois aucune raison qui permette d'en faire une cause générale.

Mes recherches m'ont conduit à penser que la véritable voie de propagation de l'inflammation de l'utérus au péritoine, pour un grand nombre de péritonites puerpérales, était constituée par les lymphatiques. J'avais été frappé, comme bien d'autres, de la coexistence de la lymphangite et de la péritonite; j'ai vu que les lymphatiques purulents occupaient les points les premiers douloureux et qu'ils étaient sous-jacents aux régions péritonéales atteintes les premières et le plus violemment.

Dans quelques cas, j'ai pu noter que le point douloureux d'abord, était à l'autopsie le siége de l'inflammation la plus violente (Obs. 4); dans d'autres, j'ai pu suivre les lymphatiques depuis une plaie utérine limitée jusqu'au point du péritoine très-malade.

J'avais rencontré, on le voit, tous les éléments d'une démonstration très-nette. Je m'expliquais bien qu'elle eût échappé à la plupart des auteurs, parce qu'ils avaient vu peu ou incomplétement les lymphatiques. Cependant il eût été étonnant que, parmi ceux qui les ont bien étudiés, Cruveilhier, Botrel, etc, aucun n'eût été frappé de ces faits. En faisant des recherches ultérieures, j'ai trouvé ce passage

fort important (Botrel, *Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale. Arch. de médecine,* 1845, à la page 425) : «Nous ne pouvons guère supposer, en effet, qu'une inflammation des vaisseaux lymphatiques utérins, superficiels pour la plupart, puisse rester quelque temps isolée sans s'étendre à la membrane séreuse qui, dans plusieurs points, en est uniquement séparée par un tissu cellulaire plus ou moins lâche.» (vol. VIII, p. 135). «Assez souvent, dans la phlébite, l'inflammation n'atteint pas la séreuse abdominale; elle est constante, au contraire, dans l'angioleucite (p. 141). *La péritonite est donc une conséquence nécessaire de l'angioleucite.*» Je tiens à déclarer immédiatement que je suis loin d'être aussi absolu dans mes conclusions, parce que la lymphangite est une de ces maladies qui peuvent être extrêmement passagères, comme les lymphangites des membres nous en donnent constamment des exemples ; puis les prédispositions individuelles à la péritonite sont bien loin d'être identiques, de telle sorte qu'il nous paraît plus exact de dire : Parmi les péritonites puerpérales, un grand nombre sont consécutives à la lymphangite utérine. Quant à la lymphangite elle-même, elle peut exister seule ou compliquée, et, parmi ses symptômes évidents, il faut placer la douleur latérale spontanée et provoquée, la douleur à la pression dans les culs-de-sac utérins, la fièvre, les frissons.

Ces symptômes peuvent passer très-vite ou s'aggraver, et alors ils se confondent avec ceux bien connus de la péritonite pelvienne, de telle sorte que leur histoire est bien courte à faire. Il serait bien intéressant de déterminer dans quels rapports cette angioleucite se trouve avec la fièvre de lait. Souvent elle m'a paru coïncider, et je crois que de pareils accidents ont été souvent rapportés à la fièvre de lait.

Quelques autres points seraient encore à étudier : La maladie paraît plus fréquente à gauche ; elle paraît se présenter souvent du même côté que les déchirures du col. La plus

grande fréquence des positions gauches pour la tête du fœtus est aussi constatée. Y a-t-il un lien qui rattache tous ces faits? Les observations sont souvent contradictoires.

J'ai quelques faits positifs, d'autres négatifs. Pendant le mois d'août 1867, j'ai observé trois fois des positions OIDP, et trois fois une déchirure à droite; la douleur, dans deux cas, avait été mal déterminée ; dans le troisième, elle était à droite très-nette. J'ai des faits analogues pour le côté gauche ; mais si on réfléchit qu'il faut que la femme soit primipare pour que ces faits aient quelque valeur, puisque, sans cela, la déchirure peut être ancienne et due à un autre accouchement; qu'il peut y avoir deux déchirures et que l'une, même petite, peut bien avoir été l'origine de la lymphangite; qu'en outre, le point de départ de la lymphangite peut très-bien être ailleurs qu'au col, et qu'au col même elle peut tenir à une lésion de l'orifice interne, on concevra qu'il faille être très-réservé dans l'interprétation des observations. Pour résoudre ces questions ainsi posées, il faut attendre des faits nouveaux.

Il n'est pas inutile de rappeler que, dans un mémoire récent, M. Guéneau de Mussy a rapporté la fréquence du phlegmon du ligament large à gauche à la fréquence des déchirures du col de ce côté. Il a même fait jouer un rôle aux lymphatiques du col dans leur développement.

Dans la plupart des autopsies, on peut constater des altérations profondes des ovaires qui se conçoivent avec la péritonite. Mais, en outre, comme les lymphatiques de ces organes ont des connexions intimes avec ceux de l'utérus, il est bien permis de penser qu'il y a là pour les ovaires une cause puissante d'inflammation dans la suppuration des vaisseaux utérins. Cette communauté des réseaux lymphatiques ne contribuerait-elle pas à établir la sympathie des ovaires et de l'utérus?

CHAPITRE VII

FIÈVRE PUERPÉRALE ET ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX COUCHES

L'étude de la lymphangite utérine et des accidents puerpéraux ne pouvait être faite sans toucher à deux questions de la plus haute importance : la nature de la fièvre puerpérale ; le rôle que joue l'accouchement dans le développement des maladies utérines.

Je n'ai pas cherché de théorie de la fièvre puerpérale, parce que, loin de confondre sous ce nom des groupes de maladies qui amènent la terminaison fatale, je voudrais les voir différencier au moins par l'anatomie pathologique.

Sans nier le lien commun qui rattache les complications puerpérales, il faut songer que la doctrine de la fièvre puerpérale est justifiée surtout par les faits d'exception, fièvre puerpérale en dehors de l'accouchement, avant l'accouchement, mort sans lésion. Beau avait, à ce propos, rappelé les observateurs au principe de Pascal, *être sévère à l'exception*

Il semble donc bien naturel, pour expliquer ces faits rares d'étudier attentivement les cas nombreux, les lésions considérables et fréquentes.

Dans cette voie, j'ai cherché à étudier la lymphangite et à déterminer sa part dans les maladies puerpérales ; peut-être peut-on trouver ainsi, avec l'explication des faits communs, l'explication de certains faits d'exception.

La lymphangite utérine grave paraît être de beaucoup la plus fréquente parmi ces maladies. Il faut rapporter sa gravité non-seulement à l'importance de la complication

péritonitique, mais aussi à la lymphangite elle-même; les formes graves de la lymphangite ont été signalées par nombre d'auteurs et en particulier par Velpeau.

Il est intéressant en outre, de faire remarquer que l'énorme dilatation du système lymphatique utérin est sans doute pour beaucoup dans la violence de ces phénomènes inflammatoires. Dans ces dernières années, plusieurs faits de dilatation des lymphatiques ont été étudiés, et M. Trélat, dans une curieuse observation, a fait ressortir la violence et la gravité d'accidents inflammatoires survenus chez un malade à propos d'une opération insignifiante. Il n'y a là qu'une analogie lointaine, mais qui peut aider à expliquer la gravité de la lymphangite utérine, qui résulte encore d'autres conditions.

Cette inflammation des lymphatiques se rencontre dans un nombre considérable d'accidents puerpéraux, où on ne l'eût pas soupçonnée, et par exemple, chez des malades prises de fièvre puerpérale avant l'accouchement. De ces cas, on dit volontiers : il n'existe pas de plaie utérine, source des accidents.

Pourtant il en existait une, et les accidents ont suivi exactement la même marche que pour les femmes prises après l'accouchement. Sans m'arrêter à des observations antérieures, moins précises peut-être, j'ai vu cette année deux faits caractéristiques. Chez une infirmière du service de M. Péter, qui a servi de texte à une de ses plus remarquables leçons de l'hiver dernier, les accidents ont débuté avant l'accouchement, avant le terme même de sa grossesse. J'ai pu observer, avant l'accouchement, une douleur très-nette au niveau des annexes et de l'angle droit de l'utérus.

Cette femme est morte; je n'ai pu faire l'autopsie moi-même, mais j'ai su qu'elle avait succombé à une péritonite généralisée. La clinique m'avait appris que les accidents avaient ici, comme dans les autres cas, débuté à l'angle utérin et au niveau des annexes.

Mais, depuis, j'ai fait l'autopsie d'une femme apportée malade à la salle d'accouchement, dans le service de M. Labbé, avec tous les signes *incontestables* de la fièvre puerpérale, et morte au bout de 17 heures. J'ai rapporté l'observation tout entière (Ob. VI). Dans cette autopsie, j'ai rencontré le col très-malade, ayant servi de point de départ à une angioleucite très-étendue compliquée de péritonite. Il serait du reste facile d'en donner l'explication suivante.

La femme avait, dans une autre salle, servi au toucher à plusieurs reprises; cette manœuvre exerce toujours un certain traumatisme sur le col, qui ramolli, exulcéré quelquefois, en a, dans ce cas, certainement souffert; l'irritation du col a provoqué une angioleucite, qui ainsi a beaucoup précédé l'accouchement, car les dix-sept heures écoulées après l'accouchement jusqu'à la mort n'ont certainement pas suffi au développement des lésions considérables qu'on a trouvées. L'utérus s'est vidé et la malade a succombé avec la lymphangite et la péritonite consécutive.

C'était là un cas de lymphangite grave. On conçoit fort bien que cette lésion se montre à une période plus ou moins avancée de la grossesse, partie d'un col malade, ou dans le cours de l'accouchement, parce que le col a déjà été plus ou moins violenté. Dans un cas, des incisions sur le col m'ont paru avoir servi de point de départ. Il est probable que beaucoup des faits de fièvre puerpérale avant l'accouchement ont cette origine.

On concevrait même la lymphangite assez violente et rapide, pour tuer les malades avant de remplir les vaisseaux de pus.

Je dirai en outre, que je ne suis pas éloigné de croire que le transport de matières septiques dans ces vaisseaux lymphatiques peut, dans certains cas, suffire à faire une péritonite puerpérale mortelle. J'ai signalé un cas fort intéressant

de péritonite par rétention du placenta qui semble avoir cette origine.

En rapprochant ainsi les accidents puerpéraux des accidents des plaies, en explique tout naturellement la coexistence des accidents des plaies dans les services de chirurgie, et des complications puerpérales dans les services d'accouchement. Le fait en lui-même paraît bien démontré ; et, pour ma part, j'ai encore observé, cette année, la coexistence de ces accidents puerpéraux et de nombreux accidents de plaies, dans le même hôpital. Il est bien permis de voir là une influence fâcheuse commune, mais n'est-il pas bien inutile de faire intervenir la contagion, dont on connaît d'ailleurs si mal les effets.

Quand on étudie ces maladies, après avoir vu les lésions, on est tenté de rechercher les causes générales qui influent sur la fréquence et la gravité des accidents.

Il est évident que l'encombrement et l'épidémie jouent le grand rôle ; la contagion vient peut-être les compliquer, mais sur un plan secondaire.

Si on veut déterminer le mode d'action de ces influences, il faut se livrer à des hypothèses peu justifiées, et, dès lors, il vaut peut-être mieux s'arrêter, en attendant des recherches nouvelles. De ce que nous avons appris, tirons des indications thérapeutiques ; dirigeons un traitement local contre les lésions que nous avons observées, un traitement général contre l'état général que nous concevons sans en connaître la nature, mais quelque insuffisantes que soient nos ressources, ne croyons pas à une incurabilité que rien ne démontre *a priori*.

On s'est presque exclusivement préoccupé des morts par accidents puerpéraux, sans considérer assez que des accouchées, dans les mêmes conditions fâcheuses, ont souffert des complications puerpérales sans succomber. Cependant elles

sont nombreuses, et leur situation est bien digne d'intérêt, puisque par ce seul fait, les tristes infirmités des maladies utérines et péri-utérines, leur sont réservées pour l'avenir.

Un mauvais état sanitaire est caractérisé dans une maternité, non-seulement par le nombre de décès, mais aussi par l'augmentation de certaines complications puerpérales, à des états de gravité différents. On a souvent signalé ce fait, la preuve en est facile à faire et rien que l'examen de nos observations sur les douleurs locales en pourrait donner une démonstration.

Si l'on suit ces malades plus tard, on peut constater qu'un grand nombre souffrent indéfiniment de maladies utérines et péri-utérines.

Du reste, s'il est démontré pour beaucoup, comme je le crois, qu'une lymphangite utérine est survenue peu après l'accouchement, on conçoit que le retrait de l'utérus, que son retour aux fonctions normales, soit singulièrement entravé, en dehors même du développement de péritonite.

Je ne puis m'étendre ici sur ce point, mais je tenais à appeler sur lui l'attention, parce qu'il a une conséquence des plus importantes. Si on démontre qu'un accident léger peut devenir le point de départ des complications les plus graves, que même, en dehors de ces complications, cet accident peut avoir des suites très-fâcheuses pour la santé de la femme, il faut naturellement conclure à la nécessité de traiter rapidement et énergiquement les accidents douloureux de l'appareil utérin chez les femmes en couche, pour sauvegarder la vie de la femme et la santé de l'organe. Ces considérations seront évidemment applicables aux accouchées des hôpitaux, et même au dehors des hôpitaux, aux accouchées des grandes villes, qui paraissent être fréquemment exposées à la forme bénigne des accidents.

CHAPITRE VIII

PÉRITONITE PAR RÉTENTION DU PLACENTA

Il était facile de prévoir que la rétention du placenta serait intéressante à étudier au point de vue des lymphatiques. Dans ce cas, on conçoit aisément que l'absorption d'une quantité de matières putrides amène rapidement la mort ; mais on conçoit bien aussi le développement d'une péritonite due au transport de ces matières par les lymphatiques avec ou sans inflammation de ces vaisseaux.

Trois faits que j'ai observés cette année m'ont paru assez démonstratifs pour que j'aie cru devoir leur consacrer un chapitre spécial.

Dans un premier cas, grâce à l'obligeance de M. H. Liouville, mon collègue et ami, j'ai pu examiner l'utérus d'une femme morte le quatrième jour après l'accouchement, avec rétention d'une partie volumineuse du placenta restée adhérente. Des phénomènes violents d'infection putride avaient rapidement emporté la malade.

A l'autopsie, il n'y avait pas de péritonite bien marquée, mais autour des ovaires et des angles utérins, on observait une véritable suffusion plastique, des fausses membranes en voie de développement. En outre, quelques lymphatiques utérins, surtout à l'angle gauche, contenaient un peu de pus et pouvaient être suivis jusque dans le ligament large correspondant. Il est bien probable que si l'infection putride n'avait pas tué la malade, la péritonite, conséquence du transport des matières putrides par les lymphatiques se fût développée.

Dans un autre cas, j'ai trouvé des phénomènes du même genre avec un résultat différent. J'ai examiné l'utérus d'une femme morte, dix jours après l'accouchement, de péritonite généralisée, dans le service de M. Chauffard. La mort était survenue six heures après l'entrée dans les salles ; aucun renseignement sur le cours de la maladie. L'utérus offrait *aux angles* des fausses membranes; *les annexes* en étaient recouvertes. Je trouvai dans l'utérus un liquide rougeâtre infect et une masse placentaire mobile, putréfiée, grosse comme un œuf de poule. Malgré de minutieuses recherches, je n'ai pas trouvé de pus dans les vaisseaux. Quelques ganglions rapprochés de l'utérus étaient rouges et très-volumineux. Les trompes ne contenaient qu'un peu de liquide rougeâtre et muco-purulent tout à fait à leur extrémité externe; elles étaient saines dans le reste de leur étendue.

Il faut faire remarquer ici que, bien que je n'aie pas trouvé de pus dans les lymphatiques, la péritonite avait été violente, surtout aux angles et aux environs des annexes, au voisinage des lymphatiques. Sans admettre l'inflammation de ces vaisseaux, que l'on ne peut démontrer, on peut supposer que le transport des matières septiques a suffi à provoquer l'inflammation de la séreuse.

Cette opinion prendra une certaine force, si on étudie le troisième cas plus complet.

J'ai fait, le 10 novembre, l'autopsie d'une femme morte le 8 novembre, cinq jours après l'accouchement, dans le service de M. Labbé; mon ami Lediberder avait bien voulu me laisser faire cet examen. J'ai vu une lymphangite purulente très-considérable, puisque j'ai suivi à droite des vaisseaux jusqu'à des ganglions au niveau des piliers du diaphragme. Il y avait d'autres lymphatiques à gauche; il y avait une péritonite purulente du petit bassin. Parois utérines très-saines, un peu de phlegmon diffus sous-péritonéal à droite. Les vaisseaux purulents partaient du corps de l'utérus, très-

peu du col. Un morceau de placenta, gros comme l'extrémité du pouce, était libre dans la cavité utérine. Le placenta était inséré au fond et une portion était encore adhérente. Col sain. Trompe gauche oblitérée, trompe droite perméable et sans trace d'inflammation. Ovaires sains.

J'ai rempli la plupart des veines avec une injection grossière.

Ici tout était complet, rétention, lymphangite, péritonite. Il est inutile de répéter tout ce que j'ai dit pour nier ailleurs le rôle des trompes; je crois que la même hypothèse est admissible.

On aurait ainsi une nouvelle preuve de la gravité de cet accident si redoutable, la retention du placenta. En effet, on aurait démontré que, dans ces conditions, une femme, outre les dangers immédiats, si elle peut résister à l'infection putride, a toutes chances encore d'être atteinte de péritonite.

CHAPITRE IX

DE LA LYMPHANGITE UTÉRINE

(APERÇU BIBLIOGRAPHIQUE)

Le nombre des auteurs qui ont étudié la suppuration des lymphatiques utérins est trop restreint pour nécessiter un long chapitre historique, et cependant ceux qui ont fait ces recherches nous ont laissé des Mémoires importants.

Aussi, sans faire une bibliographie et un historique facile, mais peu intéressant, j'ai consacré un chapitre à rappeler la valeur de chacun de ces Mémoires. J'ai dû ajouter une courte discussion sur les observations de phlébite utérine des auteurs, à l'examen desquels j'ai regretté de ne pouvoir consacrer un espace plus considérable.

Les principaux qui ont décrit la lymphangite utérine sont: Tonnelé, Nonat, Cruveilhier, Duplay, Botrel, Berrier-Fontaine; encore leurs travaux sont-ils bien loin d'avoir une égale importance.

Tonnelé (1) le premier (1829) a donné une excellente description de la lymphangite ; du premier coup, il a vu les faits importants : disposition des lymphatiques aux angles utérins, situation sous-péritonéale telle, qu'on les voit par transparence, abcès, accumulation du pus dans les lymphatiques : il a bien noté la localisation de la péritonite. Dans la lecture très-intéressante de ses observations, j'ai remarqué que l'Observ. 2 paraît être de la lymphangite et non de la phlébite, comme il l'annonce; que l'Observation 3 est fort remarquable par l'abondance du pus dans les vaisseaux, la uméfaction des ganglions et l'existence d'une péritonite *non*

purulente. Mais ce qu'il faut noter, c'est que, malgré qu'il ait bien vu, il n'a pas apprécié toute l'importance de sa découverte, puisqu'il ne distingue pas suffisamment la lymphangite de la phlébite (p. 355). « Toutefois, je dois dire que l'étude de cette altération n'a pas une importance autre que celle de la phlébite, puisque les symptômes qui les caractérisent l'une et l'autre et les suites funestes qui en résultent pour l'économie sont constamment semblables. » Comme il ne différenciait pas suffisamment ces deux maladies, sa statistique comparative de la phlébite et de la lymphangite doit être imparfaite. Aussi, on doit préférer de beaucoup les appréciations de Cruveilhier, qui, du reste, a fait de la lymphangite l'étude la plus remarquable (2). Ce dernier rapporte que, de juin 1830 à septembre 1832, il n'a observé que 8 cas de phlébite puerpérale contre un grand nombre de cas d'angioleucites, et ceci est conforme à ce que j'ai observé. Mais, en outre, il a vu (p. 135) que « tandis que la phlébite utérine purulente s'observe assez souvent indépendamment de la péritonite, *la lymphangite purulente s'accompagne presque toujours de péritonite et de phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal.* Il a vu cependant une fois la lymphangite comme lésion unique. Il a bien remarqué les vaisseaux lymphatiques extra et intra-utérins, et il a bien distingué à la coupe les ouvertures lymphatiques laissant sourdre le pus des ouvertures veineuses. Aussi recommande-t-il d'une façon expresse d'éviter la confusion : « Il faut bien se garder de confondre les vaisseaux lymphatiques purulents avec les veines purulentes; cette erreur me paraît avoir été commise *plusieurs fois*, et moi-même je n'en ai pas été exempt dans les premières autopsies que j'ai faites en 1830 à l'hospice de la Maternité. » Enfin, il ajoute plus loin « Mais il n'y a pas le moindre parallèle à établir, quant aux lésions anatomiques, entre les vaisseaux lymphatiques utérins purulents et les veines utérines purulentes.

Les veines purulentes présentent toujours des traces d'inflammation; leurs parois sont épaisses, fragiles, injectées, surtout dans leur tunique externe, adhérentes aux parties voisines, souvent tapissées par une couche pseudo-membraneuse, ou contenant des débris de caillots sanguins. » Si Cruveilhier eût ajouté qu'on ne trouve pas la phlébite dans les mêmes points que la lymphangite, ses signes distinctifs eussent été complets. La description du pus sans mélange dans les vaisseaux et des parois de ces vaisseaux y est fort exacte. Cruveilhier n'a pas vu les ganglions suppurés. Enfin, dans l'*Atlas d'anatomie pathologique* sont représentés de nombreux et énormes vaisseaux lymphatiques (Livr. 13, pl. I, II, III). Ces trois belles planches nous ayant paru offrir le type de la lymphangite généralisée, nous n'avons pas cru utile d'en faire reproduire de cette variété.

La thèse fort peu intéressante de Nonat (1832) ne contient pas de faits nouveaux, si ce n'est qu'il différencie la lymphangite de la phlébite, parce que le frisson se répète dans le premier cas. Il n'y a pas lieu de s'arrêter à ce travail.

Le Mémoire de M. Duplay (3) est infiniment plus remarquable. Il a surtout recherché l'origine du pus dans les lymphatiques sans arriver à une conclusion très-satisfaisante. Il a très-bien noté la dilatation ampullaire des lymphatiques simulant de petits abcès; il n'a jamais vu le pus dans ces vaisseaux sans lésion du péritoine de l'utérus ou de ses annexes. La 7e Observation est très-curieuse, en ce qu'il a observé des ganglions infiltrés de pus jusque dans l'aine.

Le travail plus récent de Botrel est plus complet (4). J'ai déjà signalé (p. 43) l'idée émise sur la propagation des lymphatiques au péritoine. Voici les points les plus importants qu'il a étudiés :

Il a vu que les lymphatiques purulents accompagnent les vaisseaux utéro-ovariens. Il signale un fait de guérison avec

engorgement du ligament large gauche. Selon lui, le tempérament lymphatique serait une cause prédisposante. Dans la 5e Observation, il note des vaisseaux lymphatiques volumineux, partant du col de l'utérus, qui est le siége d'une *déchirure anfractueuse*. Enfin, il signale deux fois l'abouchement de lymphatiques dans le système veineux (3e Obs., *v. porte*; 5e Obs., *v. azygos*). Cruveilhier a signalé un fait analogue. Je n'ai malheureusement pas eu l'occasion de suivre assez les vaisseaux pour chercher des faits semblables. Enfin, il rappelle la coïncidence des lymphangites utérines dans les salles de chirurgie.

On peut encore citer (5) la thèse de M. Bérier-Fontaine, qui renferme quelques détails intéressants. Selon lui, la lymphangite serait plus fréquente à droite qu'à gauche.

En dehors de ces auteurs, on ne trouve pas sur la lymphangite utérine de description importante. Çà et là, à propos de la fièvre puerpérale ou de la péritonite, on en dit quelques mots. Les uns la signalent comme Copland (6), qui rapporte en passant qu'il avait toujours remarqué la douleur latérale de l'utérus dans le cas de lymphangite; d'autres la mentionnent sans s'y arrêter, comme M. Tarnier (7), mais pour en diminuer l'importance, il reproche à Botrel d'avoir trop souvent vu la lymphangite, qu'il considère comme plus rare et comme « perdue le plus souvent au milieu d'altérations plus importantes. »

Mais on lit avec fruit toute une série de travaux, tout ce qui a été écrit sur la phlébite puerpérale; un grand nombre des observations étaient due à la lymphangite. Même pour les observateurs, qui, en dehors du tissu utérin, reconnaissaient bien la lymphangite, tous les lymphatiques malades dans le tissu musculaire étaient confondus avec des veines.

On pourrait aisément commencer à Dance (8), et montrer, par exemple, que sa 7e observation est une belle description de lymphangite utérine ayant régné à droite. Puis, chez tous

les auteurs, on trouverait des observations analogues. On peut même voir la figure 198 du bel atlas d'anatomie pathologique de Hope (9); son type de phlébite utérine est une belle lymphangite utérine qu'il a observée au niveau de l'union du corps et du col.

D'après ce que j'ai dit, on conçoit combien cette confusion est facile, et je l'ai d'abord faite pour ma part bien des fois. Cependant, il importe de prouver ce que je viens d'avancer; et sans analyser, les uns après les autres, tous les mémoires sur la phlébite, je m'arrêterai à celui de M. Béhier, le plus complet sur la matière pour discuter ce point (10). Je trouve à cette étude d'autant plus d'intérêt, qu'à part ce point d'anatomie pathologique, il faut adopter pleinement sa manière de voir sur l'importance des lésions locales et sur les conséquences à en tirer.

On peut remarquer que M. Béhier recherche les veines purulentes, précisément dans les points où les lymphatiques prédominent, aux angles utérins, sur les côtés du col, à l'union du corps et du col; rien que le siége fait hésiter à considérer les vaisseaux comme des veines; puis voici la description qu'il en donne (p. 508) :

« Enfin, plus profondément encore, c'est du pus véritable que l'on trouve, pus crémeux, tout à fait phegmoneux, ou bien ce pus est plus concret, comme disposé en caillots purulents. Les parois veineuses au niveau de cette collection, sont parfois, et même assez souvent, d'un blanc nacré, sans apparences d'injection ou de fausses membranes. Dance et Tonnelé ont insisté sur cet aspect des veines, qui, pour eux, ne prouve nullement qu'il n'y ait pas inflammation de la face interne de ces vaisseaux. »

Rien que cette description me ferait croire qu'il s'agissait le plus souvent de vaisseaux blancs; j'ai attentivement lu les observations minutieuses qui accompagnent le mémoire, et j'ai acquis une ferme conviction à cet égard, pour la plu-

part d'entre elles ; quelques unes cependant, comme l'observation 13, assez différentes des autres, semblent devoir être rapportées à la phlébite. Les observations de la thèse de Billoir (11) sont encore plus nettement attribuables à la lymphangite, surtout pour les nos 1, 2, 3, 4.

Cette confusion ne doit pas surprendre, si on songe à la difficulté de ces recherches, qui exigent même des appareils spéciaux. M. Billoir a lui-même fait à ce sujet une remarque très-juste (p. 13) en disant ceci « dans le ligament large, les veines forment un peloton inextricable, et il est impossible de suivre le vaisseau depuis l'origine jusqu'à la terminaison » j'ajouterai : si on ne les injecte pas.

Il me paraît inutile d'étendre cette discussion ; je renverrai aux caractères distinctifs que j'ai donnés plus haut (p. 31), Mais je veux signaler, dans le Mémoire de M. Béhier, quelques points bien établis, très-importants au point de vue de cette étude.

On doit noter d'abord toute l'importance que M. Béhier attache à la lésion des annexes ; puis, page 582, la valeur du phénomène douleur locale qui peut précéder les accidents bénins comme les accidents malins : « Il doit seulement éveiller toujours votre attention, puisqu'il peut être le point de départ d'accidents qui peuvent être mortels et dont il signale le début. »

Enfin M. Béhier, qui a vu le grand rôle joué par la lésion utérine comme point de départ de la maladie, donne le conseil très-pratique qui suit (p. 585) :

« Je suis si convaincu de la fâcheuse influence d'un travail long et difficile, que je crois qu'il faut user du forceps plus souvent et plus vite que ne le conseillent en général les traités d'accouchement. C'est là un moyen d'éviter ces contusions de l'utérus, ces gangrènes partielles qui, nous l'avons vu, entraînent de si fâcheuses conséquences, comme aussi un moyen d'éviter ces phlegmasies auxquelles les veines utérines prennent part. »

J'insisterai sur ce précepte qui me paraît d'une grande valeur, bien qu'il soit en contradiction avec ceux donnés par beaucoup d'accoucheurs. Il a été mis en pratique en 1867 à la Maternité de Cochin, pendant une épidémie des plus violentes. Devant les tristes résultats de la pratique de chaque jour, on prit la résolution de ne plus laisser les primipares souffrir de ces périodes d'expulsion si longues et si pénibles, qu'il est si facile d'abréger, sans rien ajouter au traumatisme, lorsqu'on a quelque habitude du forceps.

L'occasion ne s'est pas présentée un grand nombre de fois, puisqu'on a fermé la Maternité. Mais dans ces conditions, 3 femmes opérées par M. de Saint-Germain ou par moi, ont été presque les seules qui échappèrent à une mortalité de 81,25 pour cent. On peut accorder au moins que l'opération n'avait pas aggravé leur situation.

Quelque insuffisante que soit cette observation, elle nous conduit à adopter l'opinion de M. Béhier, et à penser que, dans certaines circonstances, le traumatisme sur l'utérus le plus grave est la prolongation inutile du travail; que certaines opérations, comme l'opération du forceps à une période très-avancée, n'exercent qu'un traumatisme insignifiant, et qu'il y a lieu de l'employer non-seulement en temps d'épidémie, mais aussi à d'autres époques, dans le but d'éviter des suites de couches plus ou moins graves. Au contraire, dans les cas où une opération quelconque exerce sur l'utérus un traumatisme réel, il est juste de penser qu'elle augmentera les chances de complications.

(1) Tonnelé. Sur les fièvres puerpérales observées à la Maternité de Paris pendant l'année 1829. Archives générales de médecine, t. XXII, p. 345. — Traitement de la fièvre puerpérale. (Thèses, Paris, 1830.)

(2) Cruveilhier. Anatomie pathologique (13me livraison), et Discussion sur la fièvre puerpérale. (Paris, 1858.)

(3) Duplay. Archives générales de médecine, t. VII, p. 293. et t. X.

(4) Botrel. Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale. (Arch. de méd., 1845, 4e série, t. VII, p. 416, et t. VIII, p. 1re et 129.)

(5) Berrier-Fontaine. Typhus puerpéral observé à la Maternité en 1831. (Thèses, Paris, 1835.)

(6) Copland. Dictionary, 1858, t. II. Voir l'article *Puerperal fever* pour les états inflammatoires de l'utérus et des annexes, et l'article *Utérus* pour les lésions du col, les abcès métastatiques, les lymphangites.

(7) Tarnier. Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches. (Thèses, Paris, 1857.)

(8) Dance. De la phlébite utérine et de la phlébite en général, considérées sous le rapport de leurs causes et de leurs complications. (Arch. de méd., 1828, t. XVIII et t. XIX.)

(9) J. Hope. Principles and illustrations of morbid anatomy. (London, 1834.)

(10) Béhier. Maladies des femmes en couches, etc. (Clinique médicale de la Pitié, 1864.)

(11) Billoir. De la phlébite utérine puerpérale. (Thèse, Paris 1857.)

CHAPITRE X

PHLEGMASIES PÉRI-UTÉRINES CONSÉCUTIVES AUX LÉSIONS DE L'UTÉRUS

En dehors des faits bien caractérisés qui viennent d'être étudiés, il existe, dans l'histoire de la pelvi-péritonite non puerpérale, ou de la pelvi-péritonite puerpérale bénigne, des faits analogues, à la description desquels j'ai dû m'arrêter. J'ai cherché à rapprocher ceux-ci des premiers, j'ai insisté sur quelques points d'anatomie pathologique.

Il y a là une digression peut-être un peu longue, mais j'ai cru qu'il était nécessaire de la faire pour être complet. Ce chapitre même reste bien trop court pour discuter des questions qui, à elles seules, mériteraient un long travail.

Hors l'état de grossesse, l'utérus, atrophié en quelque sorte, n'est pas habituellement le point de départ d'accidents de même nature. Cependant, il peut être modifié par certaines circonstances, par le fait d'une couche peu éloignée et du retrait incomplet, d'une hypertrophie plus ou moins considérable, d'une inflammation plus ou moins prolongée, de l'exagération de la congestion menstruelle; ou bien, il peut être le siége de maladies déterminées possédant une influence spéciale. Dans ces conditions, un traumatisme de ce tissu utérin, la plaie résultant de l'éruption menstruelle, sont quelquefois le point de départ de complications péritonitiques. Celles-ci affectent plus spécialement les parties latérales de l'utérus, et ne manquent pas d'analogie avec les complications péritonitiques post-puerpérales

qui surviennent un peu tardivement ou qui se limitent rapidement.

Un grand nombre d'auteurs ont noté ces accidents inflammatoires survenant sur les parties latérales de cet organe. Dans le cas de manœuvres sur l'utérus, hystéromètre et dilatation (Aran, Broca, Huguier, etc.), d'opérations (Béhier : mort de péritonite après l'ablation d'un petit polype du museau de tanche), de brûlures du col (fer rouge, Becquerel, Aran, Demarquay, etc.), du toucher (Bernutz), de chancres du col et de blennorrhagie (Bernutz), de suppression menstruelle, etc ; en un mot, en recherchant bien, on trouve que tous les traumatismes et certaines maladies ont pu engendrer ces accidents. Comme ce ne sont pas des faits absolument rares, il suffit de les rechercher pour en observer; je les ai vus à la suite de cautérisations au caustique et au fer rouge, d'opérations, de blennorrhagie, etc.

Quelle que soit l'origine de ces phlegmasies péri-utérines, elles ont un siége commun sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord. Je ne puis discuter ici sur ce sujet ; je dirai seulement que j'adopte l'opinion de M. Bernutz, qui les attribue à l'inflammation du péritoine pelvien.

Cependant le tissu cellulaire péri-cervical n'est pas sans jouer un certain rôle que j'ai cherché à déterminer.

La cause de l'inflammation péritonéale réside-t-elle dans l'inflammation de la trompe, comme le pense cet auteur ; je n'en ai pas vu la preuve : j'ai essayé de démontrer qu'il fallait chercher ailleurs la voie de la transmission inflammatoire de l'utérus au péritoine.

M. Bernutz a bien démontré que, dans tous ces cas, il se développait une pelvi-péritonite ; il l'a démontré par des autopsies : il en a minutieusement déterminé les manifestations symptomatiques, et, chose importante surtout, il a montré qu'il fallait modifier singulièrement la thérapeu-

tique des maladies utérines. Mais, dans sa description, il me semble qu'il a trop négligé le rôle du tissu cellulaire péri-utérin, rôle secondaire si on veut, primé par l'importance de l'altération du péritoine, mais cependant bien manifeste. Toutefois, il ne faudrait pas, se basant sur la lecture de ses publications, penser qu'il rejette absolument le rôle du tissu cellulaire. Dans une thèse remarquable de M. Frarier, publiée sous son inspiration, on peut voir que non-seulement il ne rejette pas la phlegmasie du tissu cellulaire du ligament large, mais qu'il en étudie toutes les manifestations symptomatiques pour différencier le phlegmon du ligament large de la pelvi-péritonite. Dans quelques communications orales, M. Bernutz a bien voulu nous montrer qu'il reconnaît un certain rôle au tissu cellulaire qui se trouve en avant et sur les côtés du rectum.

Pour lui, cependant, les tumeurs formées sur les parties latérales du col et de l'utérus sont dues à des produits péritonéaux. En outre, la péritonite serait souvent consécutive à une inflammation de la trompe.

Les preuves, pour le premier point, ne me paraissent pas suffisantes. Sauf une seule observation du traité de M. Bernutz, l'examen cadavérique n'a été fait qu'à une époque trop éloignée du début. En effet, tandis que, au début, on sent ces tumeurs, résistantes, dures, plus ou moins limitées en dehors, circonscrivant le col ou une partie du col; quand la maladie est ancienne, on trouve au contraire des brides dures, la rétraction des culs-de-sac et les tumeurs assez nettes constituées par les annexes immobilisées. Tout ceci a été vérifié, mais la tumeur péri-cervicale n'existait plus sous la même forme. L'observation 3, qui devrait être plus probante, ne l'est malheureusement pas davantage : ici la mort a été trop rapide, et on sait bien qu'alors les tumeurs péri-cervicales ne se caractérisent pas nettement, l'examen de la malade l'avait démontré.

Quelques faits montrent, au contraire, que le péritoine n est pas seul le siége de phénomènes morbides. M. Bernutz a signalé, au début de la pelvi-péritonite, cette douleur provoquée par le toucher, limitée à un cul-de-sac, qui ne saurait être expliquée que par une péritonite limitée de trois ou quatre centimètres carrés, douleur siégeant souvent sur les parties latérales dans des points qui ne correspondent pas au péritoine.

Une fois la péritonite développée, on observe les tumeurs latérales. Ces tumeurs, saillantes dans le cul-de-sac, prononcent leur saillie souvent sur le côté où le péritoine manque absolument et sont séparées du col par un sillon. Il faudrait supposer à cette époque des produits péritonéaux abondants et organisés qui n'existent probablement pas encore.

Un caractère clinique de ces tumeurs a frappé M. Bernutz; il le signale, mais il ne l'explique pas (p. 257), en parlant d'une observation de M. Guéneau de Mussy: « Nous devons, dit-il, appeler l'attention sur un fait dont l'interprétation nous a paru excessivement difficile; nous voulons parler de la différence si considérable qui a existé entre les résultats du toucher pratiqué dans les avant-derniers jours de la vie, et ceux que cette exploration a fait constater *post mortem.* » En effet, la tumeur avait semblé passer d'un cul-de-sac à l'autre.

C'est là un caractère très-important que j'ai constaté bien des fois, modifications rapides de consistance et de forme de ces empâtements au début. J'ai constaté le fait assez souvent, et je crois que s'il n'était pas préjudiciable aux accouchées de les toucher à tout propos, lors des moindres complications, on étudierait fréquemment ce phénomène. Il se fait là des changements tels, que si je n'avais eu des notes prises très-exactement sur mes malades, j'aurais cru souvent m'être trompé dans le premier examen.

Ce caractère, que l'on constate au début, a une grande valeur, parce qu'il résulte de la nature même de la tumeur péri-cervicale et de ses évolutions possibles.

En effet, elle est constituée, au début surtout, par un tissu cellulaire œdémateux qui peut entrer rapidement en résolution. Il me semblerait difficile de rapporter ces changements au déplacement d'une anse intestinale remplie.

On peut expliquer la formation de ces tumeurs de la manière suivante : au début, à l'époque où le péritoine pelvien s'enflamme, le tissu cellulaire péri-cervical subit certaines modifications. Pendant la période d'acuïté de la maladie, cette tumeur, située sur les parties latérales du col, est constituée par le tissu cellulaire infiltré induré placé au-dessous du péritoine malade et auprès du col; ce tissu cellulaire peut suppurer, mais, le plus souvent, la masse entre en résolution, et c'est alors qu'il se produit dans le cul-de-sac des phénomènes d'un tout autre ordre; les adhérences se rétractent, enveloppant souvent les annexes, les immobilisent, et si, après un long temps écoulé, on vient à toucher la malade, on trouve des signes encore très-manifestes, mais profondément différents des premiers : rétraction du cul-de-sac, au fond duquel on peut souvent sentir une bride tendue, quelquefois une masse plus ou moins considérable due aux annexes agglutinées, souvent l'utérus immobile est fixé dans ce point. Mais ce que nous ne trouvons plus, c'est la tumeur dure, saillante, lardacée qui entourait une partie du col, remplissant le cul-de-sac; elle a disparue. Les lésions constituées par le tissu cellulaire ont disparu, parce que des phénomènes de résolution sont survenus; les lésions irréparables de la séreuse sont restées.

Les autopsies manquent malheureusement pour vérifier tout ceci; cependant, sur certaines femmes mortes d'accidents puerpéraux graves, nous pouvons étudier quelques dispositions analogues avec celles que l'on trouverait chez

une femme en plein développement d'une de ces pelvi-péritonites qui succcomberait brusquement.

En effet, en examinant les parties latérales et postérieures du col chez des femmes mortes de péritonite à marche lente, autour des vaisseaux lymphatiques purulents, au-dessous des culs-de-sac péritonéaux, quelquefois sans vaisseaux purulents, j'ai souvent trouvé le tissu cellulaire de cette région, constituant une masse lardacée accolée au côté de l'utérus. On pouvait déchirer cette masse indurée œdémateuse en lambeaux durs. Enfin, entre cette masse et le col, un sillon, plus ou moins net, séparait les deux tissus de consistance différente. Cet œdème dur serait, du reste, absolument comparable à celui que nous observons lors de l'inflammation de beaucoup de régions, même lorsque la laxité du tissu cellulaire est considérable. On sait comme il peut disparaître rapidement. Il faut se rappeler, en outre, que, dans les points où se développent ces tumeurs, se trouvent des groupes lymphatiques; que, précisément au-dessus du cul-de-sac latéral, j'ai trouvé des ganglions. Je suis donc tout porté à penser qu'il y a plusieurs phénomènes simultanés qui donnent lieu à plusieurs symptômes : lymphangite utérine partie d'une plaie utérine quelconque (d'origine puerpérale ou autre), œdème du tissu cellulaire sous-péritonéal et péri-lymphatique, péritonite par propagation.

Cette hypothèse est évidemment possible; beaucoup de probabilités sont réunies en sa faveur. Une démonstration ne sera, sans doute, jamais assurée, parce que, selon toute apparence, la lymphangite utérine, en dehors de l'état puerpéral, ne doit guère suppurer; on ne constaterait donc rien à l'autopsie.

J'ai discuté précédemment, pour les rejeter, les hypothèses émises sur les causes de l'inflammation du péritoine; je n'y reviendrai pas. Toutefois, en donnant une opinion sur la lymphangite, il est intéressant de rappeler ce passage

du livre de M. Bernutz, placé après l'observation 16 de pelvi-péritonite consécutive à un chancre du col :

« Nous avons besoin d'établir que les faits de cette espèce, bien qu'ils soient assez rares, ne sont pas cependant insolites ; que l'inflammation de la séreuse pelvienne, dans ces circonstances, ne peut, du moins quant à présent, être rattachée, avec des raisons plausibles, à une lymphite spécifique utéro-lombaire, et être considérée comme un accident de voisinage, d'une sorte de bubon intra-pelvien. »

Je ne puis m'empêcher de croire que M. Bernutz était alors bien près de la vérité.

Les causes sont favorables à cette hypothèse (chancre, blennorrhagies, traumatismes, brûlures).

Il est probable que la lymphangite peut être observée sans complication chez des malades atteintes de blennorrhagie, ainsi que j'ai cherché à le montrer pour les faits de M. Fournier.

Certains détails symptomatiques des observations font encore pencher vers cette opinion, douleurs du bas-ventre précédant la péritonite, douleurs des culs-de-sac précédant la formation de tumeur.

Les accidents s'observent fréquemment à une époque plus ou moins rapprochée de la grossesse qui a développé les lymphatiques.

Enfin, j'ai eu l'occasion de faire la preuve anatomique dans un cas où une péritonite avait été développée par l'application du cautère sur le col d'une femme enceinte. Aussi j'avais réservé, pour les rappeler ici, les faits de cet ordre.

D'après certains auteurs, la cautérisation au fer rouge est exempte d'accidents, et Laurès cite le cas d'une femme enceinte cautérisée sans inconvénients. Cependant il suffit de chercher un peu pour rassembler des faits de péritonite par cautérisation au fer rouge. Le fait existe donc, mais difficile à interpréter. J'ai observé trois faits de péritonite dans

ces conditions : deux avec mort ; on verra combien ils semblent se rapprocher de ceux que nous avons déjà étudiés.

Dans le premier cas, dans le service de Jobert, où j'étais externe en 1863, une femme succomba rapidement à une péritonite après application du fer rouge. Cette femme était accouchée un mois ou deux auparavant et avait intérêt à cacher son accouchement. A l'autopsie, on put voir que le tissu du col était entamé peu profondément. Il n'y avait pas lieu de croire à une action de la chaleur sur le péritoine.

En 1869, dans le service de M. Trélat, une péritonite très-grave est survenue après application du fer rouge. La femme a guéri : il ne paraissait pas y avoir eu de grossesse récente.

En 1868, enfin, dans le service de M. Broca, une femme enceinte de 3 mois, cachant avec soin sa grossesse, atteinte d'une ulcération considérable du col, fut cautérisée à deux reprises avec le fer rouge. Après la première cautérisation, aucun accident. Après la seconde, douleurs abdominales vives, avortement, péritonite généralisée, mort en 5 jours. J'ai vu à l'autopsie une péritonite généralisée, ayant eu beaucoup plus d'intensité au niveau des annexes. Des lymphatiques, partis du col et gagnant les côtés de l'utérus, étaient pleins de pus. La plaie de cautérisation était peu profonde, la surface placentaire saine ; j'étudiai avec soin les veines et sinus utérins, sans trouver de trace de phlébite. Il n'y avait pas de fièvre puerpérale dans l'hôpital.

Si nouveau que soit ce fait, il me semble qu'il n'a rien d'extraordinaire et qu'il est bien juste de le citer entre les meilleures preuves à l'appui de mes opinions sur le rôle des lymphangites.

En terminant, j'ajouterai quelques mots sur les abcès du ligament large et de la fosse iliaque, ayant l'utérus pour point de départ. Au point de vue du développement et du traitement, ils constituent une maladie différente de la

pelvi-péritonite, mais la pathogénie est la même : la même explication leur est applicable. Même ensemble de phénomènes au début, puis la maladie se localise dans le tissu cellulaire au lieu de s'étendre à tout le péritoine.

Il suffit de lire un certain nombre d'observations pour constater qu'il y a eu bien souvent une péritonite au début, quelquefois même violente. M. Bernutz m'en a montré cette année un beau cas.

Le traumatisme sur l'utérus les engendre fort bien. J'ai observé, cette année même, un de ces abcès développé dans le ligament large droit, à la suite de la section d'un polype utérin inséré à droite.

Enfin, on peut voir des femmes succomber aux accidents puerpéraux, et trouver à la fois la pelvi-péritonite et un abcès du ligament large bien limité, j'en ai cité un bel exemple.

Ici, pour moi, l'utérus est encore la cause, et la lymphangite a engendré l'inflammation.

Il est juste de dire qu'en 1867, dans un intéressant mémoire, M. Guéneau de Mussy, sans apporter de preuves, avait supposé que des lymphangites parties du col déchiré pouvaient être l'origine des abcès du ligament large; il avait remarqué la fréquence des déchirures à gauche et des phlegmons à gauche. On voit combien tout ceci cadre avec mes propres observations.

CHAPITRE XI

LYMPHANGITE UTÉRINE SANS PÉRITONITE.

Loin de rejeter avec Botrel l'existence de la lymphangite utérine sans péritonite, je crois volontiers qu'elle est fréquente, mais parfaitement inconnue, qu'elle peut être une maladie peu grave et qu'elle passe inaperçue, ou confondue avec d'autres états morbides. Je mets donc ici de côté les cas de lymphangite utérine très-grave, qui cependant paraissent pouvoir exister aussi sans péritonite.

Tout d'abord chez les femmes en couches, ces douleurs, qui surviennent non pas immédiatement après l'accouchement, mais surtout après vingt-quatre heures, qui précèdent, accompagnent, ou prolongent la fièvre de lait, qui sont, quoi qu'on en ait dit, tellement analogues à celles qui précèdent la péritonite, qu'elles font toujours naître des craintes chez un observateur attentif. Ces douleurs, fréquemment accompagnées de frissons, localisées aux angles et autour des annexes, sont certainement attribuables à la lymphangite. Dans ces cas-là, j'ai quelquefois touché et trouvé de la douleur dans les culs-de-sac, chez des femmes chez lesquelles la péritonite ne s'est montrée qu'assez longtemps après.

Ramsbotham a décrit la fausse péritonite dont le symptôme le plus saillant serait une douleur abdominale vive. Gooch a le premier décrit cet état que Fergusson a appelé *transient peritonitis*, et Rigby, *false peritonitis*.

Ramsbotham fait remarquer que cet état peut être accom-

pagné de fièvre et s'observe surtout en temps d'épidémie. Je suis très-porté à rapprocher ces phénomènes de ceux que je viens de signaler, et à voir là le plus souvent des manifestations d'angioleucite légère.

Je ne connaissais les cas de ce genre que chez les femmes en couches, lorsque M. A. Fournier m'a fait part des faits suivants :

Chez les femmes atteintes de blennorrhagie, il survient quelquefois, sous des influences indéterminées, des douleurs extrêmement vives dans le ventre. Ces douleurs s'irradient sur les parties latérales du petit bassin, et peuvent être assez violentes pour effrayer la malade et le médecin. Dès l'abord on est en droit de redouter une péritonite : si on touche ces malades, on ne trouve aucune lésion caractéristique, mais en portant le doigt dans les-culs-de-sac latéraux, on provoque par la pression une très-vive douleur. L'abdomen, du reste, n'est pas sensible ; en outre, ces accidents ne sont pas de longue durée, en quelques jours, sous l'influence du repos, des émollients, ils se dissipent, et les malades sont remises assez rapidement.

La forme de ces accidents, leur grande analogie avec ceux des femmes en couche, la fréquence extrême de la lymphangite dans les inflammations blennorrhagiques permettent bien de supposer qu'il s'agit là d'une lymphangite utérine blennorrhagique. M. Fournier, auquel j'avais parlé des recherches qui font le sujet de ce Mémoire, accepterait volontiers cette idée.

CONCLUSIONS

Le système lymphatique de l'utérus, modifié par la grossesse, prend des proportions considérables et présente des dispositions remarquables. Il esl fréquemment malade chez les femmes en couche, et joue un rôle important dans la pathologie des organes génitaux.

Les lymphangites utérines ont été vues, dans la pratique hospitalière, en proportions très-variables suivant l'état sanitaire.

Elles peuvent, par elles-mêmes, avoir des conséquences graves ; il est probable qu'elles sont l'origine d'un certain nombre de maladies utérines, consécutives à l'accouchement.

En outre, grâce au voisinage immédiat des lymphatiques et du péritoine, il peut survenir une péritonite, lorsque ces vaisseaux s'enflamment ou charrient des matières septiques. Les péritonites puerpérales à divers états de gravité, peuvent avoir cette origine.

La lymphangite peut donc expliquer le retentissement de la lésion utérine, des diverses plaies du col et du corps sur le péritoine. Du reste, on conçoit aisément, d'après la nature même de la maladie, que la lymphangite puisse se présenter dans des conditions d'épidémicité et de gravité exceptionnelles.

La lymphangite joue un rôle considérable dans l'histoire de la fièvre puerpérale. Elle explique certains faits difficiles à interpréter.

La rétention du placenta peut amener la péritonite par l'intermédiaire du système lymphatique.

Il faut rapprocher des faits précédents les péritonites locales, peu graves après l'accouchement, puis, en dehors de

l'état puerpéral les pelvi-péritonites qui prennent leur origine dans une lésion utérine (blennorrhagie, chancre du col, blessures, opérations, cautérisation). Dans ces cas, le rôle joué par le tissu cellulaire du petit bassin a une certaine importance.

La lymphangite utérine paraît pouvoir se produire sans péritonite chez les accouchées, et sans doute chez les femmes atteintes de blennorrhagie.

Le travail prolongé paraît favoriser le développement de la lymphangite. Il y aurait là, surtout en cas d'épidémie, une indication d'appliquer plus fréquemment le forceps, lors des périodes d'expulsion prolongées.

Dès que les accidents douloureux sur les parties latérales de l'utérus et les annexes se présentent, il est nécessaire d'intervenir activement. Les révulsifs cutanés et les évacuants sont indiqués.

Dans le cas de fièvre puerpérale, puisque l'état local joue un grand rôle, il convient de lui opposer un traitement en même temps que l'on traite l'état général. J'ai vu réussir une médication constituée à la fois par les grands vésicatoires, les ventouses, les frictions mercurielles, les évacuants employés énergiquement dès le début, et par une médication générale dont le sulfate de quinine, à haute dose et fréquemment administré, faisait la base.

Une médication énergique employée dès le début, est doublement avantageuse au point de vue des conséquences immédiates et des accidents ultérieurs.

Cette connaissance de la lymphangite doit rendre plus circonspect encore, dans le traitement des maladies utérines, pour lesquelles on abuse souvent de la cautérisation.

Outre les nombreuses précautions dont il convient d'environner la cautérisation, surtout au fer rouge, il paraît bien indiqué d'éviter de la pratiquer à une époque rapprochée de l'accouchement.

OBSERVATIONS

Observation 1.

Lymphangite généralisée, en avant et en arrière. Insertion du placenta très-bas à gauche, en avant et en arrière.

Pièce due à M. Quinquaud. — Dessin de la pl. III.

Brun Maria, 21 ans, primipare accouchée le 3 avril; le travail a été long; morte le 27 avril 1869, tombée malade le 4 avril 1869, arthrites purulentes, abcès viscéraux, péritonite.

La péritonite a sans doute été violente dès le début, et a dû commencer à peu près simultanément au niveau des deux angles en arrière et en avant, car les fausses membranes sont considérables des deux côtes. En arrière, de nombreuses saillies de lymphatiques convergent vers les deux angles et dans le cul-de-sac postérieur. En avant, les lymphatiques sont plus nombreux encore et plus volumineux; ils convergent vers les angles. Au niveau des deux angles, en arrière, en avant, en haut, il est facile de voir les groupes de ces troncs, surtout si on a préalablement enlevé les fausses membranes assez épaisses qui recouvrent ces vaisseaux et les régions qu'ils occupent.

Les annexes sont recouvertes de fausses membranes, d'une teinte rouge. Même sur l'ovaire, on rencontre des taches ecchymotiques.

En ouvrant tous ces vaisseaux, on les trouve remplis d'un pus jaune, presque crémeux. La plupart sont oblitérés. Nous les avons injectés au mercure, pour les faire dessiner. En les injectant ainsi, on ne peut faire pénétrer le mercure que sur une certaine longueur. En arrière, il est naturellement arrêté par les valvules, mais en avant, le vaisseau est oblitéré. A la loupe, il m'a semblé que cette oblitération avait lieu au niveau des valvules. J'ai observé du reste, sur ces vaisseaux, plusieurs séries de valvules parfaitement nettes. La paroi, blanche et d'une minceur extrême, peut à peine être distinguée du tissu utérin, sur les parties latérales, il est très-difficile de l'isoler du tissu cellulaire, et le plus souvent on les déchire.

Sur les parties latérales du col et du corps à droite, quelques lymphatiques peu nombreux mais volumineux, surtout à la partie supérieure et sous-péritonéale du ligament ; je ne trouve pas de ganglions. A gauche, dans les mêmes points les lymphatiques sont nombrenx, le tissu cellulaire est enflammé et même suppuré. S'il y avait des ganglions, on ne les reconnaîtrait pas. On suit très-bien quelques gros vaisseaux, venant de l'union du corps et du col. On en trouve aussi vers la partie supérieure du ligament.

Il n'y a pas d'abcès intra-utérin. Les parois utérines sont fermes, sans apparence morbide, on y peut suivre les lymphatiques superficiellement, mais non profondément. Les sinus veineux sont vides et intacts.

Les trompes sont rougeâtres, leur pavillon est tuméfié Je les ai incisées avec soin depuis l'ostium uterinum jusqu'au pavillon. Des deux côtés, la paroi des deux tiers internes de ces organes est grisâtre et ne présente aucune trace d'inflammation. Dans le tiers externe seulement, muco-pus assez abondant et aspect rougeâtre de la paroi.

Sur cet utérus, l'insertion placentaire se faisait très-bas, en avant, à gauche et un peu en arrière. C'est du reste en avant, et du côté gauche, que les lymphatiques purulents étaient abondants : en avant, sous le péritoine, une sorte d'ampoule purulente, sinus considérable; servait de confluent à de nombreux vaisseaux purulents.

Observation 2.

Lymphangite utérine développée surtout à gauche, au niveau d'une sorte d'ulcération de la surface placentaire. Péritonite généralisée avec produits abondants à gauche.

Pièce due à M. Suchard.

Le 8 mars, j'ai examiné l'utérus d'une femme morte la veille, dans le service de M. de Saint-Germain; elle était accouchée le 25 février. J'ai peu de renseignements sur elle, je sais seulement qu'il y avait beaucoup de pus dans l'abdomen. Le travail avait été naturel, il n'y avait eu aucune manœuvre ni pour l'accouchement, ni pour la délivrance. Les lésions péritonéales étaient marquées surtout à gauche. A droite, elles étaient

moins étendues. Cependant, dans le ligament large correspondant, on trouvait quelques lymphatiques de petit volume, et contenant un liquide blanchâtre.

Du côté gauche, les lymphatiques sont plus gonflés d'un liquide blanc laiteux. Mais au niveau de l'angle utérin, on en voit de nombreux, dont voici la disposition. En arrière, et au-dessous du niveau de la trompe gauche, se trouve une sorte d'ulcère à peu près circulaire, de l'étendue d'une pièce de deux francs.

Immédiatement au-dessous, des lymphatiques nombreux et très-dilatés, sont faciles à suivre jusqu'à l'espace intermédiaire, à la trompe et à l'ovaire. Ils sont là tout à fait sous-péritonéaux; le tissu cellulaire qui les entoure est injecté; le péritoine, immédiatement au-dessus d'eux, est revêtu d'une couche épaisse de fausses membranes jaunâtres, qui se retrouve aussi en arrière et au-dessous de l'ovaire, où les lymphatiques purulents sont faciles à suivre.

Les lymphatiques du col utérin sont visibles, mais peu développés.

Les veines sont pleines de sang, mais sans aucune trace d'inflammation. Le tissu de l'utérus est ferme, et les sinus ne contiennent pas de caillots. La cavité utérine contient une bouillie rougeâtre, mais sa surface ne présente d'altération qu'au point indiqué.

Observation 3.

Phlébite utérine avec lymphangite. Péritonite. Examen comparé des lésions de la phlébite et de la lymphangite.

Pièce due à M. Suchard.

Femme âgée de 30 ans, 2me accouchement naturel, le 1er mars; mort le 6 mars. Grossesse pénible, bassin étroit, accouchement long.

Examen de l'utérus seul le 8 mars.

La putréfaction est très-avancée, l'utérus est verdâtre. En plusieurs points il est fort ramolli.

Dans les deux ligaments larges, sont des veines volumineuses, remplies de caillots adhérents de plusieurs couleurs (rouge

sombre et jaunâtre), ou par une sorte de sanie rousse. On voit en arrière quelques lymphatiques volumineux et pleins de pus. Les deux côtés sont semblables. Entre la trompe et l'ovaire, pus dans les lymphatiques.

La cavité utérine est remplie de putrilage. La coupe montre un nombre considérable de vaisseaux malades dans la paroi. Les sinus veineux sont remplis d'une matière puriforme, mêlée de stries sanguines, de débris de caillots ou d'une sanie lie de vin. Les parois ont cette teinte lie de vin et les caillots leur sont plus ou moins adhérents. C'est surtout au *niveau de la surface placentaire* que ces altérations sont marquées.

Les lymphatiques purulents nombreux, dans leur siége habituel, sont très-faciles à distinguer des veines à cause de leur contenu jaune crémeux et de leur paroi blanche, puis on les dissèque longtemps sans arriver à un confluent veineux, tandis que pour les sinus veineux malades dans l'utérus, on arrive rapidement à de gros confluents veineux très-distincts.

Le ramollissement de l'utérus et l'aspect gangréneux sont sans doute exagérés encore par la putréfaction.

Au niveau de l'orifice interne du col du côté droit, déchirure profonde de deux centimètres au moins.

Observation 4.

Lymphangite utérine et péritonite manifeste à gauche, marquée par une douleur du côté gauche.

Observation due à M. Richelot.

N° 14, salle Saint-Pierre, second enfant, accouchée le 19 mai 1869 au matin, toute la journée et la nuit douleurs vives dans l'abdomen.

Le 20, grand frisson pendant la visite, pouls 96. Douleur très-vive à la pression, surtout au niveau des annexes du côté gauche — 25 sangsues — sulf. de quin. 2 gr.

21. Pouls 100 — nausées — ventre douloureux. Sulf. quin. 3 gr.

22. P. 114, ventre dur — dyspnée — ballonnement — face pâle — yeux caves — sulf. de quin. 3 gr.

24. 128. respir. 69, peu de douleur, ballonnement considérable — le soir p. 136.

25. P. 144 — resp. 60, facies altéré; ballonnement; mort dans la journée.

Autopsie. — Rougeur des anses, peu de liquide purulent, seulement dans le petit bassin.

Examen de l'utérus. Intégrité parfaite des sinus veineux utérins, sans caillots et sans coloration anormale. A l'angle droit, aucun lymphatique superficiel.

En arrière profondément, deux ou trois vaisseaux contiennent du pus.

A l'angle gauche, pas de pus. Mais au niveau de l'*union du corps et du col*, nombreux vaisseaux pleins de pus crémeux jaune, sans aucun mélange de sang ni de caillots.

De ce côté gauche, l'ovaire est réduit en putrilage et la péritonite semble avoir débuté vers cet angle.

L'ovaire droit, peu altéré, est intact mais couvert de fausses membranes.

Les deux trompes contiennent un pus assez abondant rougeâtre, dans leur partie externe la plus large. A mesure que l'on s'approche de l'angle, la rougeur de la muqueuse diminue et le muco-pus a une teinte blanche; à l'angle, il n'y a plus trace d'inflammation.

Rien à la surface placentaire; tissu utérin un peu mou mais non altéré, utérus volumineux.

Je ne puis donner d'autres détails, car la pièce était coupée en plusieurs points quand je l'ai examinée.

Observation 5.

Lymphangite utérine considérable et péritonite généralisée avec prédominance à droite. Abondance des vaisseaux en avant, insertion placentaire en avant. Ganglions observés sur les parties latérales du col. Suppuration du tissu cellulaire. Pl. II.

Pièce due à M. Bassereau (malade sortie de la Maternité de Cochin.)

Autopsie du 16 mars, par M. Bassereau, d'une femme morte dans le service de M. Chauffard, de péritonite généralisée. Elle n'a séjourné que 24 heures dans le service.

Pus dans l'abdomen. L'utérus dont je fais l'examen, me

présente l'aspect suivant. Traces d'une péritonite vive au niveau de l'union du col et du corps, des annexes à droite et à gauche, mais surtout à droite. Fausses membranes friables dans ces divers points. Le tissu sous-péritonéal est vivement injecté. Des vaisseaux lymphatiques se dessinent en saillie dans divers points, et dans d'autres on voit de véritables plaques de suppuration sous-péritonéales, et tout ceci, à la partie inférieure et à l'union du corps et du col sur les côtés.

A la face postérieure de la vessie, injection vive de la muqueuse et ulcération communiquant avec un abcès situé entre le col de l'utérus et la paroi vésicale.

Sur la face antérieure de l'utérus et presque jusqu'au fond, on peut voir gagnant les parties latérales, et quelques-uns descendant, de gros lymphatiques faisant relief, facilement injectés au mercure. (L'insertion placentaire est en avant.) En arrière au contraire, à ce niveau on ne voit pas de lymphatiques.

Outre les vaisseaux de la ligne médiane, sur les parties latérales, des deux côtés, lymphatiques volumineux. Du côté gauche leur réseau est remarquable, ils s'entrecroisent avec les vaisseaux sanguins. A l'union du corps et du col, petit ganglion; les vaisseaux ont été injectés au mercure. Au fond du cul-de-sac séparant l'ovaire de la trompe du côté gauche, j'ai injecté un lymphatique plus gros qu'une plume d'oie; il était immédiatement accolé au péritoine, à travers lequel on pouvait le voir par transparence. Du même côté, en arrière, un des vaisseaux injectés constituait un énorme sinus.

A droite, au niveau de l'union du corps et du col, et presque accolé à l'utérus, ganglion lymphatique suppuré, auquel aboutit un lymphatique volumineux, que j'ai injecté au mercure. Ce lymphatique monte vers la base du ligament large, en en suivant le feuillet postérieur. J'ai pu injecter par son intermédiaire quelques vaisseaux tout à fait supérieurs. Il y a du pus infiltré dans tout le tissu cellulaire péri-lymphatique.

En sectionnant l'angle droit, j'ai divisé plusieurs gros sinus lymphatiques, pleins de pus et de mercure.

Les troncs des vaisseaux sont énormes, j'en mesure de 7 et 8 millimètres de diamètre.

Les vaisseaux de la partie antérieure de l'utérus, répondant au placenta, sont superficiels sur les côtés et un peu plus profonds vers la ligne médiane. Tous ces vaisseaux sont plus ou moins oblitérés, il faut presque tous les injecter partiellement.

Il existait une *collection purulente* dans le poignet droit.

Observation 6.

Lymphangite assez généralisée. Prédominance des lésions à droite ayant le col pour point de départ. Une déchirure profonde de l'orifice interne se rencontre à ce niveau. La malade a constamment souffert à droite depuis l'accouchement. Rien dans les trompes.

Pièce due à M. Bassereau.

Accouchée le 18 mars, entrée le 21, morte le 29.

Autopsie du service de M. Chauffard, 30 mars.

Abdomen rempli de pus et de fausses membranes, liquide abondant, viscères aglutinés en paquet à gauche.

Sur la partie latérale droite de l'utérus, est une masse dure constituée par du tissu cellulaire, accolée à l'union du corps et du col de l'utérus. Il y a du pus infiltré dans le tissu cellulaire. L'utérus mesure 14 centimètres de hauteur sur 10 de largeur, son tissu est ferme et résistant. La partie sous-vaginale du col n'est pas altérée ni déchirée, les deux commissures sont complètes. On trouve des fausses membranes sur l'utérus, surtout sur les parties latérales en avant et en arrière, à gauche en avant, à droite en arrière ; les annexes sont aussi couvertes de fausses membranes, mais peu altérées du reste, et non augmentées de volume. Le tissu sous-péritonéal est injecté et induré un peu partout.

En cherchant sur la face postérieure, si j'aperçois à travers le péritoine quelque tronc lymphatique, je n'en découvre pas. En examinant la face antérieure, j'en trouve plusieurs très-volumineux, surtout à gauche, et je les injecte facilement.

Cependant ces vaisseaux étant oblitérés, le liquide les distend et ne va pas jusqu'au ligament large. En incisant les parties latérales de l'utérus, je trouve au niveau de l'insertion de la trompe, à gauche et en avant, plusieurs vaisseaux purulents; j'en trouve aussi quelques-uns en arrière, mais beaucoup

moins volumineux. Presque au centre de la corne utérine, il y en a un gros distendu par le pus.

En ouvrant l'utérus, on voit que l'insertion placentaire se fait en avant, à gauche et en haut, et qu'elle est profondément ulcérée. La coupe du tissu utérin donne quelques gouttes de pus. Le gros lymphatique, profond, prenait naissance à ce niveau.

A droite, la coupe de la corne ne montre que quelques lymphatiques peu volumineux, mais, au long du col et du corps, masse indurée infiltrée de pus. Je n'ai pu distinguer s'il y avait des ganglions. A l'union du corps et du col, il était aisé de voir, au point accoutumé, un grand nombre de lymphatiques purulents.

L'examen de l'orifice interne à ce niveau a montré une ulcération profonde, à la surface de laquelle on trouvait du pus concret.

Pas de pus dans les trompes, quelques caillots dans les veines et nulle autre trace de phlébite. A la surface du col, il existait quelques vaisseaux jaunâtres superficiels; je les ai injectés, le mercure est ressorti par la plaie de l'orifice interne, et a rempli quelques vaisseaux du col.

Observation 7.

Lymphangite née du col avant l'accouchement. — Mort 17 heures après l'accouchement. — Femme D. entrée à la salle Sainte-Geneviève le 2 juin, et dans le service d'accouchement le 12 juillet; accouchée à 11 heures d'un enfant mort. — Morte le 13 à 6 heures du matin.

A l'entrée à la salle d'accouchement, yeux caves, face grippée, 140 pulsations.

Pièce due à M. Dejeanne. J'ai fait l'autopsie moi-même.

Autopsie le mercredi 14 juillet 1869, d'une femme morte dans le service de M. Labbé, à la Pitié, 17 heures après l'accouchement. On avait pu constater avant l'accouchement les symptômes de la fièvre puerpérale.

A l'ouverture du thorax, poumons congestionnés, refoulés par le diaphragme; liquide dans les plèvres peu abondant. Sérosité abondante du pércarde; pas de lésions du parenchyme pulmonaire.

A l'ouverture de l'abdomen, pus dans le petit bassin et sérosité louche ; les anses intestinales ont un aspect poisseux.

L'utérus, situé sur la ligne médiane dans l'axe, est très-volumineux, long de 24 centimètres. La péritonite a été violente surtout vers ses deux angles et en dehors d'eux. Les fausses membranes s'étendent vers les fosses iliaques.

En faisant une incision au péritoine et le disséquant avec soin, sur le trajet des vaisseaux utéro-ovariens, à droite, je trouve un lymphatique volumineux, bosselé, plein de pus, qui, parti du ligament large droit, monte au-devant de la colonne vertébrale, peut être suivi jusqu'au-dessus de l'insertion du mésentère, et dans ce point se perd dans un ganglion.

A gauche, les lymphatiques purulents ne remontent pas aussi haut, on les perd au niveau du détroit supérieur.

L'utérus enlevé, il est facile de voir qu'il y a eu une inflammation vive au niveau des annexes, encore tuméfiées. On peut voir, à l'insertion des deux trompes, quelques traînées jaunes représentant des lymphatiques devenus sous-péritonéaux. Mais les lymphatiques malades paraissent surtout venir du col.

Une coupe faite sur la ligne médiane montre que l'utérus est parfaitement sain dans ses deux tiers supérieurs. Le placenta est inséré en avant; j'ai poursuivi les veines placentaires sans y trouver trace de lésions.

Le col est très-volumineux, boursouflé, noirâtre; sa paroi à la coupe est jaunâtre, surtout au voisinage du museau de tanche. Un grand nombre de vaisseaux de petit calibre laissent écouler du pus à la pression.

A gauche, dans le ligament large, au siége ordinaire des lymphatiques, vaisseaux purulents sous-péritonéaux, allant jusqu'à un ganglion éloigné enlevé au niveau du détroit supérieur. A droite, il est facile de voir quelques gros vaisseaux lymphatiques, partant de l'union du corps et du col.

Les veines situées sur les parties latérales sont dilatées, contiennent quelques caillots noirs non décolorés, non adhérents aux parois.

Nous n'avons pas trouvé de vaisseaux purulents aux deux angles et dans l'épaisseur de l'utérus, et cela devait être, la

plaie utérine existait depuis trop peu de temps pour être le point de départ de lymphangite. Elle avait son point de départ dans le col non déchiré, mais d'aspect noirâtre, gangréneux, dont la coupe montrait une substance ramollie et jaunâtre; il y avait là un état pathologique manifeste.

J'ai suivi les sinus veineux utérins avec des ciseaux fins, ils étaient vides de sang et sans trace d'inflammation.

La paroi utérine était saine.

Les trompes étaient remarquablement saines dans toute leur étendue.

Il n'y avait nulle part d'abcès métastatiques.

Cette femme, avant de tomber malade, avait maintes fois servi au toucher.

Observation 8.

Lymphangite née surtout du col. Altérations profondes du col sans traumatisme. Ganglion latéral du col. Péritonite purulente. (Résumé.)

Autopsie du 11 août 1869, du service de M. Labbé.

Liquide dans l'abdomen, fausses membranes du petit bassin. Lymphatiques nombreux et volumineux partis du col. Ganglion de chaque côté du col. La surface du col est criblée de déchirures plus ou moins profondes qui se prolongent jusqu'au vagin. Il semblerait qu'il eût été soumis à un traumatisme considérable, cependant il n'en a subi aucun.

Accouchement naturel; un peu prolongé; par le sommet.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE PREMIÈRE.

Fig. 1re. — Abcès de l'utérus signalés à la page 24, siége remarquable vers les angles et le col.

Fig. 2. — Lymphatique volumineux très-dilaté, dans lequel trois valvules sont très-visibles.

PLANCHE II.

Fig. 1. Utérus de l'observation V, ganglion lymphatique au voisinage du col, à demi suppuré; un lymphatique volumineux en part.

Fig. 2. — Dilatation ampullaire d'un lymphatique observée chez une autre malade.

PLANCHE III.

Utérus de l'observation III, réduction de 1/5. Les lymphatiques injectés sont vus remplis d'un mélange de mercure et de pus.

Pl. I.

Fig I.

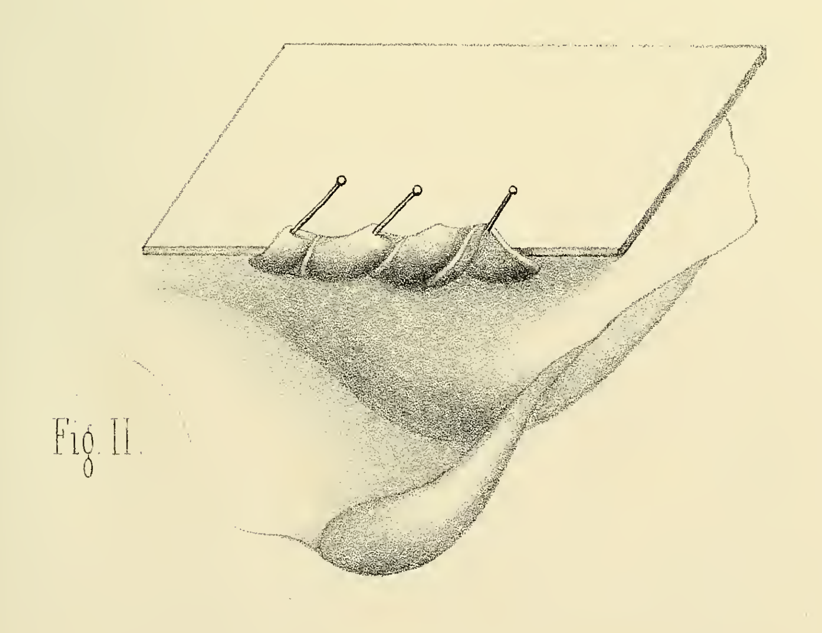


Fig. II.

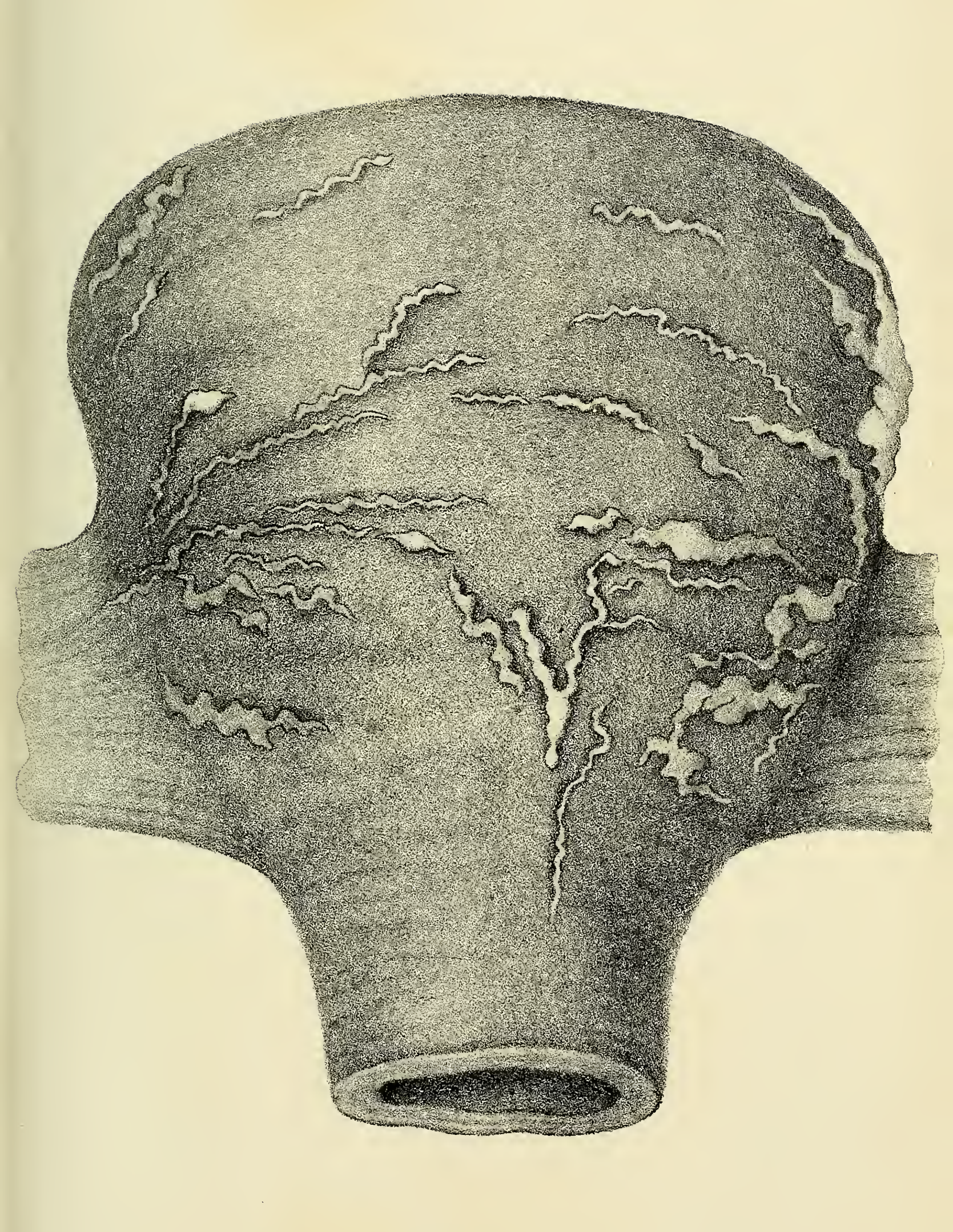
Malassez del.   Imp. Gérard, à Joinville-le-Pont.   Maubert lith.

Pl II



Malassez del

.III.



P. Hybord del. *Imp Gerard à Joinville le Pont.* *Maubert lith.*

TABLE DES MATIÈRES

Paris.—Typ. PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

